XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA
MADRID, 23-30 ABRIL DE 1903

SECCIÓN 9

CIRUGÍA GENERAL

PONENCIA

SOBRE LAS

Indicaciones de la intervención quirúrgica en las afecciones del estómago

POR EL

Dr. S. Cardenal

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO
CORAZÓN DE JESÚS DE BARCELONA
HON. F. R. C. S. ENG.



BARCELONA

IMPRENTA DE LA CASA PROVINCIAL DE CARIDAD
CALLE DE MONTEALEGRE, NÚMERO 5

1903

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

MADRID.—1903

SECCIÓN 9

CIRUGÍA GENERAL

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA
MADRID, 23-30 ABRIL DE 1903

SECCIÓN 9

CIRUGÍA GENERAL

PONENCIA

SOBRE LAS

Indicaciones de la intervención quirúrgica en las afecciones del estómago

POR EL

Dr. S. Cardenal

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO
CORAZÓN DE JESÚS DE BARCELONA



BARCELONA

IMPRENTA DE LA CASA PROVINCIAL DE CARIDAD
CALLE DE MONTEALEGRE, NÚMERO 5
1903



SEÑORES:

Al abordar el estudio de las «Indicaciones de la intervención quirúrgica en las afecciones del estómago», es ante todo preciso justificar, á los ojos, no de los cirujanos, sino del público médico en general y de los médicos internistas en particular, la perfecta congruencia de esa intervención. Porque es indudable, que, aunque nos hallamos ya muy lejos de la época en que la Escuela de Billroth hizo sus primeras tentativas preconcebidas y deliberadas en ese terreno, (1) no puede negarse que existe

---

(1) En realidad la primera pilorectomía que se conoce fué la practicada por *Péan*, en París, en 1879 (a), y la segunda la que practicó *Rydygier*, en Kulm, en 1880 (b). Ambos pacientes sucumbieron: el primero al quinto día de la operación y después de varias transfusiones sanguíneas que no bastaron á levantarle, y el segundo á las doce horas de la intervención. *Billroth* practicó su primera pilorectomía, en Viena, en 1881 (c), y es indudable que á él y á su Escuela se debe la creación y la generalización de la Cirugía gástrica, pues sin quitar nada de su mérito á Rydygier, que no ha cesado de ocuparse de esta

---

(a) PÉAN: De l'ablation des tumeurs de l'estomac par la gastrotomie. *Gaz. des Hôp.* 1879, p. 60 y Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. París, 1880, p. 517.

(b) RYDYGIER: Extirpation des carcinomatösen Pylorus. *Deutsch. Zeit. f. Ch.* 1881, XIV, p. 252.

(c) BILLROTH: WÖLFLER: Ueber die von Herrn. Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus. Wien. 1881.

aun, hoy por hoy, y no entre el vulgo de los médicos, sino entre las autoridades de la clínica, un criterio, desgraciadamente para los enfermos, muy distinto entre los internistas y los cirujanos. Y es indudable también que si consiguiéramos unificar y dogmatizar, digámoslo así, ese criterio, resultarían tres beneficios indiscutibles: 1.° el progreso de la Ciencia y la adquisición de bases más seguras de tratamiento; 2.° la salvación de un número considerable de enfermos que hoy se pierden por esperar; 3 ° la disminución de la mortalidad operatoria, que todavía ennegrece las estadísticas quirúrgicas y contribuye á perpetuar el miedo á la intervención.

—¿Por qué ha de intervenir la Cirugía en afecciones, hasta hace muy poco consideradas genuinamente internas, como las afecciones del estómago?

—La razón es clara y evidente: Porque nos hallamos en un período de total reforma y renovación de la medicina, en el cual, al enorme y positivo progreso verificado en el diagnóstico, y sobre todo, en el conocimiento de la etiología y de la anatomía y fisiología patológicas de las enfermedades, no corresponde todavía el de la *terapéutica*, ya que, á despecho de la riqueza extraordinaria de nuevos agentes terapéuticos, principalmente farmacológicos, la curación de las enfermedades por esos medios ha avanzado poquísimo, tanto porque ha faltado el tiempo material para la comprobación empírica de sus resultados curativos por la pura observación clínica, como porque es imposible, en el estado actual de la ciencia, obtener deductivamente y por puros razonamientos científicos bases sólidas sufi-

---

cuestión (d), fueron en realidad Billroth y sus discípulos, *Gussenbauer* y *Winiwarter* (e), *Czerny* y *Kaiser* (f), *von Hacker* (g), *Mikulicz* etc., los que con sus trabajos experimentales y clínicos echaron los fundamentos científicos y produjeron los principales perfeccionamientos técnicos en esta rama de la Cirugía operatoria.

(d) RYDYGIER: *Sammlung Klin. Vorträge,* N. 220.—*Langenbeck's Archiw* vol. XXVI.—*Deutsch. Zeit. für Chir.* vol. XXI.— *Centralblatt für Chirurgie*, 1887.—XIII Congrès international de Médecine. París, 1900.

(e) GUSSENBAUER u. WINIWARTER: Die partielle Magenresection. *Langenbek's Archiv* vol. XIX, p. 348.

(f) KAISER: CZERNY'S Beiträge zur operat. Chirurgie p. 95.

(g) V. HACKER. *Archiv für klin. Chirurgie* XXXII p. 616.

cientes al tratamiento de las enfermedades. ¡El más trivial y vulgar de los remedios empíricos, usado desde hace siglos, y del cual han obtenido indudables consuelos, si no curaciones, millares de pacientes, el bicarbonato de sosa por ejemplo, es todavía hoy objeto de discusión en sus indicaciones científicas, en sus dosis útiles y en su modo de obrar! (2)

Y aunque parezca paradoja, es indudable que el mismo progreso realizado en el conocimiento de las enfermedades, multiplicando sus formas, sus variedades, y dando á conocer su fisiologismo patológico, ha contribuído á aumentar la perplejidad de los clínicos y les ha llenado de dudas para la administración de remedios, que antes se administraban con fe profunda y sin más fundamento que la observación empírica de los siglos, para todo un grupo de alteraciones y desórdenes, entre los cuales se hallaba tal vez el de la verdadera indicación, mezclado con muchos otros en que el remedio resultaba ineficaz ó quizás dañino. Todavía existen hoy restos de esos remedios empíricos que el charlatanismo aconseja ciegamente para todas las enfermedades de una víscera, como el estómago, y que sin duda ninguna, como palo de ciego, aciertan algunas veces, aunque desaciertan muchas otras (3).

La terapéutica médica, y sobre todo la farmacológica, se halla hoy, pues, en un estado de inseguridad, que da por resultado el excepticismo de muchos clínicos eminentes, porque la

---

(2) Mathieu: Séance du 27 Oct. 1894. Congrès français de med. interne á Lyon.

Mathieu, Hayem, Ferrand: Societé méd. des Hôpitaux. Séances Mars 1895.

Rosenbach: *Sémaine medicale*, 1894, p. 18.

Soulier: Traité de Thérapeutique, París, 1891.—II, pág. 113.

Robin: Traité de Thérapeutique appliquée París, 1898, vol XII. p. 309.

H. Joulie: Urologie pratique et Thérapeutique nouvelle. París, 1901, p. 121.

(3) Así sucede, por ejemplo, con algunos remedios expendidos como específicos en el Comercio, tales como el *Elíxir estomacal de Saiz de Carlos*, el llamado *estómago artificial* ó *polvos del Dr. Kunze* y muchos otros, de los cuales es imposible negar que producen, á veces, efectos verdaderamente sorprendentes en algunos enfermos, aunque, como es natural, resultan enteramente inútiles ó contraproducentes en otros.

medicina actual sabe *ya demasiado* para aceptar sin base científica los tratamientos empíricos y ciegos de épocas pasadas (á pesar de reconocer que podían acertar) y *todavía no sabe lo bastante* para crear una terapéutica nueva, rigurosamente científica, razonada y segura.

Esto ocurre en el tratamiento de las gastropatías, como en el de muchas otras afecciones viscerales.

Más, como los medios de diagnóstico y el conocimiento de las enfermedades han avanzado considerablemente, de aquí que en el terreno de nuestro estudio ha sido dado conocer:

1.° Un grupo de casos ó estados patológicos en los cuales el desorden es, todo él, resultado de una alteración física ó *mecánica*.

2.° Estados patológicos ó enfermedades, debidas á procesos histológicos perfectamente conocidos en su marcha y resultados (aunque oscuros todavía en su origen y en su esencia) y contra los cuales todo recurso farmacológico y dietético está demostrado como perfectamente ineficaz.

3.° Afecciones del aparato gástrico que, aunque curables á veces por la naturaleza, ayudada ó no por un tratamiento farmacológico y dietético adecuado, dan lugar á epifenómenos ó trastornos intercurrentes tan graves, que ellos de por sí pueden producir la muerte del enfermo, aun en vías de curación por lo demás (hemorragias, perforaciones, espasmo pilórico, etc.)

4.° Casos en fin, imprescindiblemente dudosos ú *oscuros* todavía, en los cuales la terapéutica podría *tal vez* producir resultados excelentes, dirigida por una vía segura; pero en los que, la vacilación debida á la oscuridad del diagnóstico, produce atrasos lastimosos y tal vez irreparables.

Creo que todos los médicos internistas, imparciales, que me hagan el honor de escucharme, no podrán menos de aceptar que existen realmente en la práctica esos cuatro grupos de enfermos, y que en los cuatro el médico se halla atado de pies y manos ante las contingencias expuestas.

Mis respetables colegas en Cirugía que me escuchan, habrán ya visto dibujados en esos cuatro grupos, de tristes seguridades diagnósticas y de dudas pronósticas, las cuatro variedades de enfermos que constituyen el principal contingente de nuestros operandos gástricos!

Veamos ahora lo que la Cirugía puede ofrecer:

Desde luego señores, importa mucho también que dejemos

bien sentado, que nosotros cirujanos no *creemos ni queremos* que la Cirugía deba pretender formar una ciencia aparte y más ó menos antagonista, ni siquiera rival, de la Medicina.

No hay más que una Ciencia médica que es la *Medicina científica*. El *arte de curar* que de ella emana, como aplicación práctica y social, no es todavía hoy, por desgracia, una ciencia con verdadero carácter de tal. Pero pasaron ya los tiempos de médicos y cirujanos, hoy todos somos médicos y no más que médicos, y si por las necesidades ó exigencias de la práctica militante nos llamamos todavía médicos y cirujanos, es tan solo, entiéndase bien, por el carácter especial de los recursos del arte médico total, *del arte de curar*, que aprendemos y llegamos á aplicar mejor; aprendizaje, experiencia y maestría, que, en cada uno de los dos grupos de médicos y de cirujanos, depende en parte principalísima de las especiales aptitudes, tendencias y hasta organización física é intelectual del individuo que á ello se dedica.

A pesar, pues, del enorme incremento que en estos últimos decenios ha adquirido la Cirugía y los cirujanos, yo confieso y reconozco que no es la Cirugía ni el cirujano de hoy más que la manifestación ó florescencia natural de un período de adelanto, en el que las ciencias físicas y mecánicas han dominado todo lo demás, y de aquí que aquellas enfermedades de naturaleza puramente física ó mecánica, ó en que existen períodos, contingencias ó peligros puramente tales, y no solventables por otros medios, hayan caído naturalmente y por completo bajo el dominio de la Cirugía y de los cirujanos.

La intervención quirúrgica en toda enfermedad que no sea de origen y naturaleza puramente mecánica (fractura, herida, estrangulación, etc ,) no puede representar más que un período de transición, en el que la *carencia* ó escasez de otros medios hace bueno el recurso físico-mecánico de la *exéresis*, que cercena ó suprime una parte del organismo ó un órgano entero por no poder restituirlo á su estado normal é híjido.

Creo que todos vosotros estaréis conformes conmigo en este punto, y que nuestros respetables colegas internistas reconocerán nuestra buena fe al no dar á nuestras intervenciones y á nuestros éxitos quirúrgicos más importancia ni superior nobleza de la que realmente tienen.

El día en que, el conocimiento científicamente exacto de las enfermedades, de sus causas, de su mecanismo y de todos sus

factores sea un hecho consumado, y en que la terapéutica cuente con medios seguros con que encauzar todas las desviaciones del fisiologismo normal, detener los procesos patológicos, evitar el avance de los destructivos y favorecer las fuerzas naturales del organismo para la restitución *ad integrum* de los órganos enfermos ó alterados... ese día ideal, pero por desgracia tan lejano todavía .. la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas actuales podrán ser consideradas como pavorosos arcaísmos, el papel del Cirujano quedará limitado á la regularización de los traumatismos, como debió serlo sin duda en sus orígenes.

Pero, mientras esa época de utópico progreso no se alcance, es justo, perfectamente racional y por todos conceptos humanitario, hacer que la humanidad doliente beneficie de los progresos realizados ya hoy en las ciencias físicas y naturales, gracias á los cuales, las intervenciones quirúrgicas, habiendo perdido sus caracteres torturantes y terroríficos de épocas pasadas y adquirido una gran inocuidad relativa, permiten librarle de órganos indudablemente perdidos para sus funciones fisiológicas y sólo causantes de sufrimientos, ó establecer modificaciones y sustituciones en esos mismos órganos que permitan utilizarlos con provecho y hacer la vida todavia tolerable y feliz!

Sé perfectamente que, llegado á este terreno, se me presentará como objeción el argumento poderoso de que, algunos de esos enfermos, incurables por los recursos médicos, pero que gracias á ellos van arrastrando todavía una vida más ó menos miserable, pero *vida al fin*, la pierden á veces rápidamente en una de esas tentativas quirúrgicas, hechas más ó menos temerariamente con la intención de mejorarle ó de salvarle! Supongo que muchos de vosotros recordaréis la aparición en Viena, hace pocos años, de un folleto anónimo (4) que produjo gran sensación, titulado «Bajo el dominio del cuchillo» («*Unter der Herrschaft des Messers*») en el que trató de demostrarse con las estadísticas en la mano (¡esas estadísticas á las cuales tan fácil es hacer decir lo que se desea!) que en los modernos servicios de Cirugía y con todos los progresos atribuidos á la asépsis, la mortalidad numérica, el tanto por ciento de defunciones entre los operados, era igual ó mayor que el de 40 ó 50 años atrás!

---

(4) Unter der Herrschaft des Messers. Ein Mahnwort von einem Freunde der leidenden Menschheit. Wien. 1892.

Todo eso es cierto y evidente, y estoy seguro de que todos los cirujanos honrados que me escuchan recordarán con amargura los crueles momentos que han pasado al ver perderse entre sus manos, á pesar de sus esfuerzos y hasta en ciertos casos por *su misma intervención*, vidas que esperaban justificadamente salvar! Nadie que no haya pasado por ello puede apreciar lo que tiene de punzante y cruel ese sentimiento para todo corazón honrado... y sin embargo el cirujano de ánimo valeroso y convicciones científicas arraigadas, persiste en su camino y concentra todos sus esfuerzos para disminuir el número y la importancia de esos casos, contrarrestándolos y corroborando su ánimo con la satisfacción de los que viven, gracias á sus esfuerzos, una vida útil y duradera que habría terminado haría tiempo sin su valerosa intervención!

Es cierto, Señores: en nuestros Servicios de Cirugía de hoy la mortatilidad se acerca á la de los períodos normales (no epidémicos) de las pasadas épocas; pero el 5 ó 10 por 100 de la mortalidad total que hoy sufrimos, con pequeñas diferencias en más ó en menos, la mayor parte de los cirujanos, está casi totalmente constituído por enfermos y operaciones de afectos viscerales de las tres grandes cavidades esplácnicas, que hace 40 años morían todos, absolutamente todos, en los Servicios de Medicina ó en los Hospicios de incurables! De ese 100 por 100 de defunciones de antaño, enteramente extraño á los Servicios de Cirugía, nosotros hemos de sufrir todavía un 25 ó un 30 ó hasta si queréis un 40 por 100 que pasan por nuestras manos, salvamos ó prolongamos la vida á un 60 por 100 antes totalmente perdido, y del resto de nuestros contigentes quirúrgicos, de aquel residuo actual que constituía el total de los antiguos Servicios de Cirugía (heridas, afectos externos, deformidades, procesos inflamatorios, óseos, articulares, etc.), apenas si perdemos el 1 ó el medio por 100! Ved, pues, como los mismos números tomados en bloc, el mismo ó parecido tanto por ciento total de dos épocas tan distantes, representan resultados tan sorprendentemente distintos, como lo son el perder el 10 por 100 de los amputados, de los fracturados, de los heridos de arma de fuego y hasta de simples artritis é hidroceles, ó el 20 por 100 ó más de los enfermos antes enteramente incurables de afecciones del hígado, del bazo, de los riñones, de los intestinos, del estómago, de los genitales femeninos internos, del pulmón, de la pleura ó del cerebro... y haber reducido casi á cero el de los primeros!

Me he permitido esta corta digresión, al campo general de nuestras intervenciones quirúrgicas actuales, porque el libretista de Viena tan brillantemente refutado en su tiempo por el profesor Albert (5) tiene todavía hoy muchos imitadores y secuaces, que no ven ó no quieren ver en los resultados de nuestras intervenciones viscerales, gástricas para el caso presente, más que los casos desgraciados, cada día menos numerosos por fortuna, como luego veremos, y cierran los ojos obstinadamente á la consoladora contemplación de los ciudadanos útiles que gozan de la vida, y la sirven, gracias á la intervención quirúrgica realizada en esas afecciones legendariamente consideradas como médicas.

Volvamos, pues, á nuestro tema.

Hemos visto que, en el total de enfermos afectos de enfermedades gástricas, se dibujan cuatro grupos de pacientes que imponían la intervención de una terapéutica quirúrgica, por absoluta impotencia de los recursos médicos.—Veamos ahora lo que la terapéutica quirúrgica puede ofrecer á cada uno de esos grupos.

1.° La intervención quirúrgica puede resolver por completo el postulado terapéutico y producir la curación perfecta ó total, cuando, como en el 1.° de los grupos indicados, todos los fenómenos patológicos y todos los sufrimientos del enfermo proceden de un obstáculo físico ó mecánico, opuesto al libre curso del contenido gástrico (*estrecheces* pilóricas debidas á procesos no malignos.

2.° La intervención quirúrgica puede ofrecer una curación completa en algunos casos, aunque pocos todavía, y una mejoría más ó menos duradera con supresión de las principales causas de sufrimiento y desnutrición, en casi todos, por no decir en todos, los enfermos del 2.° grupo diagnosticados á tiempo (neoplasias malignas principalmente pilóricas ó prepilóricas).

3.° La intervención quirúrgica puede, en circunstancias especiales, conjurar el peligro inminente y rápidamente mortal de algunas de las enfermedades del 3.er grupo (perforaciones gástricas, hemorragias por úlceras simples), é influir en muchos casos muy beneficiosamente en el curso ulterior del proceso patológico, hasta producir su curación en algunos.

4.° En fin, la intervención quirúrgica, en la forma de lapa-

---

(5) Prof. Albert: Die Erfolge des Messers. Antwort auf die Brochüre. Unter der Herrschaft des Messers. Wien. 1892.

Reibmayr: Unter der Herrschaft des Messers. II. Theil. Wien. 1892

rotomía exploradora que luego veremos, puede aclarar y definir el diagnóstico, excluyendo, si no existe, el hecho sospechable de una alteración somática, neoplásica ó no, en los enfermos del 4.º grupo, abriendo y trazando el camino, sin más titubeaciones, á un tratamiento racional y dietético.

En resumen, pues, la intervención quirúrgica puede curar definitiva y totalmente unos casos, paliar muchos otros y aclarar algunos, resolviendo los conflictos mecánicos, modificando los procesos inflamatorios é histológicos no malignos y sus consecuencias y eliminando á tiempo los neoplásicos.

Veamos como procede.

El primer grupo de nuestros enfermos gástricos, es decir el formado por todos los que sufren las consecuencias de un obstáculo mecánico al paso de los alimentos, entra tan de lleno bajo el dominio de la Cirugía actual, que apenas cabe ya discusión sobre el particular, y los más acérrimos y recalcitrantes internistas van acabando por convencerse de la perfecta justificación de nuestras pretensiones sobre el particular.

Entran en este grupo todos los casos de *estenosis pilórica* con dilatación ó mejor dicho *retención gástrica* más ó menos acentuada, ya sea aquella debida á un vicio de conformación congénito, ya á cicatrices ó adherencias perigastríticas, á estenosis consecutivas á antiguas úlceras simples ó por cauterización, ya en fin hasta á pliegues ó deformaciones (acodamientos) debidos á la gastroptosis, á procesos colelitíacos, hepáticos ó pancreáticos (6).

---

(6) Aunque el cuadro sintomático es, naturalmente, muy distinto, pueden incluirse también en este grupo, por la naturaleza esencialmente mecánica del obstáculo que constituye toda la enfermedad, los casos de obstrucción ó estrechez considerable del esófago ó de su extremidad gástrica (cardias), que pueden ser de naturaleza benigna (cicatrices de úlceras producidas por ingestión de cáusticos), ó resultado de neoplasias cancerosas, y en todos los cuales el enfermo, abandonado á los recursos farmacológicos, está fatalmente condenado á una muerte próxima por inanición, y que, sin embargo, pueden ser devueltos á la salud y á la vida (en los casos benignos) y considerablemente aliviados en los malignos por medio de una operación de *gastrostomía* temporal ó definitiva, con el objeto de tratar la estrechez del cardias ó del esófago si no es absoluta, ó de establecer una nueva boca gástrica por la cual puede verificarse la alimentación.

La indicación en esos casos ha variado, por algún tiempo, entre la divulsión del píloro ó la piloroplastia y la gastro-enterostomía, pero hoy, en nuestro concepto, merecerá casi siempre la preferencia la última operación, por hallarse mucho menos expuesta á recidivas ó insuficiencia que la primera (7).

Los resultados de la gastro-enterostomía en los procesos estenosantes del píloro constituyen una de las páginas más brillantes de las modernas conquistas de la Cirugía y todo el que ha visto llegar, á nuestros Servicios hospitalarios, enfermos famélicos, esqueléticos, semi-muertos literalmente de hambre, y ha podido presenciar el efecto casi fantástico de una operación feliz, viendo á los pacientes comer con fruición desde el tercero ó cuarto día, digerir á maravilla lo que antes vomitaban y aumentar 8, 10 y hasta 18 kilogramos en pocas semanas (8) como lo hemos visto nosotros, no puede admitir discusión sobre el particular.

¿Pero es preciso, ni siquiera aceptable, para que la indicación operatoria adquiera esa indiscutibilidad, que los enfermos lleguen á ese grado extremo de emaciación y esqueletismo, en

---

(7) La piloroplastia, operación ideada separadamente por *Heineke* y *Mikulicz* tiene muy limitadas sus indicaciones, pues para que sea practicable y ofrezca garantía de éxito, es indispensable que las paredes del píloro, á pesar de estar considerablemente estrechadas, se conservan libres de adherencias, no engrosadas, blandas y flexibles, todo lo cual constituye la excepción, dado que los procesos que comúnmente producen la estenosis alteran considerablemente la textura de las paredes.

Lo mismo puede decirse de la divulsión digital del píloro propuesta por *Loretta* en 1884.

(8) Uno de nuestros primeros operados de gastro-enterostomía retrocólica, por estenosis benigna del píloro, había bajado en el espacio de algunos meses de 80 kilogramos, que era su peso normal, á 46, llegando á nuestra clínica en el estado de esqueleto que puede apreciarse por la fotografía que tenemos el honor de presentar adjunta. A los pocos días de operado era preciso no perderle de vista para que no se apoderara de los alimentos de sus compañeros de sala, tal era su voracidad, y á las cuatro semanas de la operación había recobrado 18 kilogramos del peso perdido, presentando ya el aspecto humano y vivaz que demuestra la segunda fotografía. Y casos de este género, aunque no tan exagerados, son por demás frecuentes como resultado de la gastro-enterostomía en las estenosis benignas del píloro.

que aún la operación más salvadora y radical corre el riesgo de llegar tarde, y en que la extremada susceptibilidad y falta de energías del organismo le expone á toda suerte de complicaciones?

De ninguna manera.

La indicación se manifiesta clara y evidente mucho antes de que el enfermo llegue á aquellos estados semi-cadavéricos y es preciso que nuestros colegas internistas se convenzan de que sólo aceptándola sin discusión á su debido tiempo ofrece la intervención quirúrgica *todas* las garantías de éxito.

Nótese bien: Para los enfermos de este primer grupo, *ni siquiera es esencial un diagnóstico preciso* y atildado *para indicar la intervención*, y las cosas se presentan con una limpidez tal, que el médico menos sagaz puede apreciar la indicación tan claramente como el más ilustrado clínico.

Todo enfermo que presenta de un modo persistente y tenaz, á pesar del tratamiento médico y dietético apropiado, los tres síntomas cardinales: *dolor*, *vómito y retención estomacal*, *debe ser sometido á una operación*, aún cuando se desconozca por completo la naturaleza y la causa esencial de esos fenómenos.

¿Qué error cabe cometer, procediendo de esa manera?

Cuando un enfermo tratado convenientemente por los medios formacológicos y dietéticos persiste durante semanas enteras y meses sufriendo dolores intensos de estómago á las dos ó tres horas de haber comido, vomitando al fin los materiales ingeridos ó cantidades mucho mayores de líquidos, hay ya grandes motivos para aceptar que existe un obstáculo persistente ó reflejo á la evacuación del contenido gástrico; pero si examinado directamente el estómago con la sonda á las 6 ó 7 horas de ingerida la última comida, ó una comida de prueba (9) se hallan en él restos

---

(9) No es esta la ocasión ni el lugar oportuno para tratar extensamente de los medios de exploración del estómago, que, por lo demás, se hallan ya en todos los tratados clásicos de patología; pero si, creemos que vale la pena de insistir sobre el hecho de que el cirujano, y aún el médico práctico, puede darse por satisfecho de haber cumplido su deber para con el paciente, cuando establece la indicación operatoria fundado tan sólo en la existencia *segura* de la *retención gástrica*, que es el fenómeno dominante y que constituye y caracteriza la dilatación patológica del estómago, ya que la dilatación pura y simple (que existe á veces hasta un grado muy avanzado en los grandes be-

considerables de lo ingerido, ó mayores cantidades todavía de líquidos, la duda ya no es posible y las probabilidades de la

---

bedores y comedores) no llega á constituir enfermedad, mientras el estómago, aunque dilatado, se vacía con regularidad y perfección, gracias á la integridad y hasta á la hipertrofía de sus capas musculares.

Aunque es fácil, pues, y puede ser muy conveniente convencerse de la forma, situación y grado de dilatación del estómago, por medio de la palpación, de la percusión y sobre todo de la insuflación directa, lo verdaderamente útil é indispensable es convencerse de su impotencia para la evacuación de su contenido, es decir, de que existe *retención estomacal.*

Basta para obtener la seguridad de que existe esa retención, administrar al enfermo una comida no demasiado copiosa, ni demasiado diferente de lo que constituye su alimentación habitual, por lo cual creemos, con el profesor *Bourget* de Lausana (a), que puede componerse, con gran ventaja, de:

200 gramos de caldo.
100 gramos de filete picado.
50 gramos de pan y
6 ciruelas cocidas.

La experiencia ha demostrado que en el individuo sano y normal esa comida da á la exploración con la sonda, á las dos horas de ingerida, una papilla alimenticia, que contiene de 0'2 á 0'25 por 100 de ácido clorhídrico y pepsina en proporción. A las tres horas el estómago está ya vacío ó contiene tan sólo restos insignificantes de lo ingerido.—Ahora bien, si á las cinco horas de la ingestión de dicha comida, (y con mucha más razón todavía si el hecho se observa á las 6 ó 7 ó más) se halla en el estómago por medio del sondage, un centenar de centímetros cúbicos de papilla alimenticia, puede asegurarse que el píloro no funciona con libertad, ya sea por espasmo, ya por estenosis fibrosa ú otra. Cuanto más insuficiente se haga la luz del píloro, tanto más aumentarán los síntomas de estancación, y cuando la estrechez llega á su grado máximo, hallaremos en el estómago, además de los alimentos ingeridos, toda la cantidad de jugo gástrico segregado, que es á veces muy considerable.

Esos resultados, que pueden ser muy análogos en la estenosis del píloro y en la gastrosucorrea de *Reichmann,* en que se produce la retención por el espasmo de la abertura, son de una importancia diag-

---

(a) BOURGET ET ROUX —*La gastro-enterostomie.* (Collection de monographies cliniques.—N. 28, 1992).

existencia de un obstáculo permanente y mecánico adquieren el carácter de certeza; *el enfermo debe ser operado.*

¿Qué descubrirá la operación si no se confirma en ella el diagnóstico supuesto y más deseable de una simple estenosis pilórica benigna?—Pues una de las tres cosas siguientes:

a) O se tratará de una *estenosis neoplásica*, ó *maligna*, en

---

nóstica decisiva en lo que se refiere á la indicación quirúrgica, pues basta para justificarla é imponerla el hecho mecánico de la retención, que es preciso vencer á toda costa y pronto, si no se quiere dejar correr al enfermo las más terribles contingencias.

La adición de las ciruelas cocidas á la comida de prueba propuesta por Bourget, es sumamente útil, pues la experiencia ha enseñado también, que algunos de esos estómagos enfermos consiguen al fin, después de 12 ó 14 horas de lucha, vaciar su contenido en el intestino; pero las pieles de ciruela, como las de uvas y otros residuos vegetales apenas digeribles, *no pasan* á través de un píloro lo suficientemente estrechado para exigir la operación. Si el píloro no está, pues libre, los mencionados restos vegetales se hallarán todavía en el estómago á las 10 ó 12 horas y serán extraídos por medio de la sonda y el lavado.

Conviene, pues, examinar por ese sencillo procedimiento todo enfermo sospechoso de retención estomacal, y si se quiere mayor seguridad, repetir el examen dos ó tres días.

Si el enfermo llega ya á nuestra observación con un estómago enormemente distendido y lleno, en el cual se percibe claramente el bazuqueo (*clapotage*) y del cual se extrae por expresión una gran cantidad de alimentos, ingeridos tal vez varios días antes, el examen ulterior es casi innecesario, pero será de todos modos útil repetirlo, si el caso no apremia, después de algunos días de tener al enfermo sometido á régimen.

En cuanto al examen detallado del quimismo gástrico, al cual se ha dado una importancia exagerada en estos últimos años, creemos que, si la tiene indudable para el estudio analítico y científico de cada caso y para el conocimiento completo de la enfermedad, la tiene muy escasa para la indicación quirúrgica, porque si el examen descrito nos ha demostrado que existe *retención estomacal* y por consiguiente obstrucción pilórica, las cualidades químicas del líquido extraído, que sea hiper ó hipo-ácido, y que la acidez sea debida al ácido clorhídrico fisiológico ó á acidos de fermentación, etc., no influirá para nada en nuestra decisión, fundada por completo en la grave alteración del trabajo mecánico del estómago, que es lo que domina todo el cuadro clínico de la enfermedad y lo que pone en peligro la salud y la vida del paciente.

cuyo caso la indicación no es sino más apremiante todavía *quo ad vitam*, aunque el pronóstico se ennegrece;

b). O se descubrirá una compresión ó acodamiento extra-gástrico, de origen biliar ó colelitiaco muchas veces, por peri-gastritis adhesívas otras, duodenal algunas, y perfectamente sorteable ó curable también por la operación;

c). O, en fin, nos hallaremos con un simple espasmo pilórico, de origen reflejo, las más de las veces debido á ligeras exulceraciones (10) juxta-pilóricas, y también curable por la operación facilitando el absoluto reposo del órgano; ó en algunos casos más raros, de naturaleza esencialmente neurósica ó histérica y aún entonces beneficiable de la operación aunque con un carácter más transitorio (11).

Queda, pues, perfectamente sentado para nosotros, que desde el momento en que está bien comprobada la existencia y persistencia del dolor, de los vómitos y *sobre todo de la retención estomacal, aunque aquellos síntomas sean sólo erráticos*, la indicación operatoria se impone, *aún en ausencia de todo otro dato*, y por consiguiente con mucha mayor energía aún, si existe dilatación gástrica evidente, gastroptosis, antecedentes de úlcera redonda, etcétera.

La operación de elección es, para nosotros, en todos esos casos, la gastro-enterostomía si el diagnóstico de estenosis simple resulta confirmado; pero puede ser útil asociarle otras operaciones, como la gastropexia, la gastroplicacio, y en casos especiales la gastrolisis y la colecisto ó coledocotomía, etc.

No es este el sitio ni la ocasión, en presencia del ilustre au-

---

(10) Dieulafoy: *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.*—1898.

(11) Nosotros mismos hemos tenido un caso de ese género, en una muchacha histérica, cuyos vómitos habían resistido durante muchos meses á todos los tratamientos y que aceptó al fin la operación. Practicamos la gastro-enterostomía retro-cólica posterior, no habiendo hallado lesión ninguna material en el estómago, y los vómitos desaparecieron. Al salir del hospital, al cabo de un mes, pareció como que volvían á iniciarse: vomitó algunos días después de las comidas, pero la normalidad se restableció al fin, y la muchacha que había ya anteriormente sido destinada al Hospicio, como incurable y valetudinaria, por el decaimiento físico total á que había dado lugar la persistencia de los vómitos varias veces al día durante más de un año, pudo contraer matrimonio y sabemos que ha continuado luego en perfecta salud.

ditorio que me escucha, de entrar en detalles sobre la forma de gastro-enterostomía que juzgamos preferible. Creemos como Kocher y Kelling (12) que con todos ó con la mayor parte de los

---

(12) El estómago del hombre sano y normal descansa sobre las asas intestinales como sobre una almohada (a). Para la apreciación del trabajo de la víscera este hecho reviste extraordinaria importancia. El estómago se halla de tal modo protegido y sostenido por las asas intestinales, que se adaptan perfectamente á su forma y tienen un peso específico análogo al suyo y próximamente igual al del agua; que puede aceptarse que flota en ellas como si se hallara sumergido en agua. *Por ese mecanismo, y gracias á él, el peso de los alimentos ingeridos puede considerarse suprimido ó reducido á cero* para el trabajo del estómago. Las condiciones de este equilibrio no sufren alteración cuando el órgano se llena; la pared abdominal da de sí, por acción refleja, lo necesario al nuevo estado de repleción, y todo queda como antes. De modo que si el estómago fuera un saco *inerte* y faltaran los movimientos respiratorios, su contenido no tendría tendencia ninguna á salir de él (como el de una bolsa llena de agua sumergida en un cubo de agua). La respiración produce alternativas de aumento y disminución en la presión abdominal; pero cuando falta el píloro, y el estómago está anastomosado con un asa intestinal, como aquella presión se ejerce lo mismo sobre el intestino que sobre el estómago, queda igualmente equilibrada y no influye tampoco en su vaciamiento.

Queda, pues, tan sólo la contractilidad y el tono muscular de las paredes del estómago como único factor del vaciamiento de su contenido. De aquí la igual facilidad de vaciarse el estómago en todas las posiciones que puede tomar el hombre sano, y de aquí también los resultados obtenidos, análogamente favorables bajo el punto de vista de la evacuación del estómago, con los diversos métodos clásicos de gastro-enterostomía.

Sólo cuando existe *atonía total* de las paredes del estómago, pasa á adquirir capital importancia el punto de elección de la abertura de salida. En esos casos, si existe en el intestino mayor presión que en el estómago, por persistir en él la energía contractil de sus paredes que falta en las del estómago, lo que sucede es que en vez de pasar el contenido gástrico al intestino, como se desea, pasa el del intestino al estómago (*circulus vitiosus*) sin que exista el espolón que se ha admitido muchas veces sin razón.

(a) Kelling: *Zur Chirurgie der chronischen, nicht malignen, Magenleiden.* Boas: *Archiv für Verdauungs-Krankh. 1900, p. 455.*
Kelling: *Sammlung klin. Vortraege* n. 144.

procedimientos clásicos de gastro-enterostomía pueden obtenerse y se han obtenido excelentes resultados, si la operación está bien practicada, y que con todos ellos se presentan de vez en cuando algunos reveses.—Nosotros hemos preferido desde hace algunos años, á todos los demás, el método de *gastro-enterostomia retrocólica posterior de* VON HACKER y con él hemos obtenido los más satisfactorios y rápidos resultados; pero conocemos los muy brillantes obtenidos por el profesor Roux de Lausana y otros, con su modificación epsiliforme ó en Y, y hemos visto personalmente los no menos excelentes resultados que obtiene el profesor Kocher de Berna con su procedimiento antecólico inferior, que también hemos usado alguna vez con éxito análogo. Pero consideramos como un positivo progreso, que pensamos utilizar en los casos sucesivos que se nos vayan presentando y no ofrezcan una excesiva dilatación ó exagerada ptosis estomacal, el nuevo método de *gastro-duodenostomia lateralis* recientemente propuesto como tipo por el profesor *Kocher* (13) y que es

---

Afortunadamente esa atonía total y absoluta del estómago es rarísima, y lo común y corriente es que en cuanto se suprime el obstáculo constituido por el píloro estenosado ó espástico, ó se sustituye por una nueva abertura expedita y franqueable, las fuerzas perdidas de la musculatura estomacal reaparecen y las funciones de evacuación se restablecen.

El caso puede presentarse sin embargo, cuando la contractilidad del estómago se hace imposible por la rigidez de sus paredes, debida á la infiltración cancerosa ó á la *linitis crónica difusa* (b). Esos casos son detestables y se hallan ya, puede decirse, por encima de los recursos del arte. Sólo la extirpación, si es quirúrgicamente posible, podrá tal vez producir un resultado, suprimiendo por completo el resorvorio estomacal.

(13) El nuevo procedimiento de *Kocher* consiste en la movilización sistemática de *la segunda porción*, ó porción descendente, *del duodeno*, por medio de una incisión vertical del peritoneo posterior, sobre el riñón, á 3 ó 4 centímetros del borde derecho del duodeno descendente, despegando el intestino de la cara anterior de la columna vertebral, vena cava y aorta, y haciéndole girar un cuarto de círculo, en virtud de lo cual su cara anterior se convierte en izquierda y la

---

(b) OETINGER: Linitis plástica cronica. *Sémaine med.* 1902, p. 153. (Induracion fibro-cartilaginosa de las paredes del estómago, de *Brinton*, enfermedad fibroide del píloro, de *Habershon*, etc., etc.

el que indudablemente restaura la circulación gastro-intestinal del modo y forma más parecido al natural y fisiológico. En efecto, la gastro-duodenostomia lateralis, estableciendo la nueva comunicación entre la porción infra-pre-pilórica del estómago y la segunda porción, ó porción descendente, del duodeno, por medio de la movilización sistemática de este último, ha de evitar en absoluto la posibilidad del llamado *circulus vitiosus*, establece el nuevo píloro en una región menos persistentemente bañada en el elemento ácido del contenido estomacal (14) (úlcera péptica) y sobre todo, *no excluyendo*, como hacen todos los otros procedimientos, la totalidad del duodeno del contacto ó paso de los alimentos quimificados, conserva para lo futuro el reflejo duodenal tan indispensable al perfecto funcionalismo fisiológico del tubo cibal, como lo han demostrado los bellísimos trabajos y experiencias de Bayliss y Starling, de Pawlow y otros (15).

---

posterior en derecha, y arrollando sobre ésta el colgajo de peritoneo resultante del despegamiento. La cara anterior del duodeno, convertida en izquierda, se sutura entonces fácilmente con la porción pilórica ó prepilórica anterior del estómago (a). Nosotros hemos estudiado este procedimiento sobre el terreno, y el inconveniente técnico que le hallamos es que, para poder practicarse con comodidad exige una incisión abdominal alta y á la derecha, que no es la conveniente para practicar las otras operaciones del estómago en el caso de que la de Kocher no resulte indicada ó posible.

(14) Los experimentos de *Kelling* han demostrado también de un modo directo en el hombre y en los animales (b) y confirmado luego por el examen gastroscópico, que la porción prepilórica se contrae al contacto de los alimentos todavía no quimificados y poco desmenuzados, estableciendo á veces un septo parcial, por el relieve de las fibras contráctiles, que separa las dos porciones del estómago y aleja del píloro las masas alimenticias fuertemente ácidas, hasta que, por los progresos de la digestión, el contenido del estómago se convierte en una papilla casi homogénea y notablemente desacidificada, que el píloro deja pasar al duodeno.

(15) Pawlow: *Le travail des glandes digestives*. Traduct. française de V. Pachon et J. Sabrazés, 1901.

Bayliss and Starling: *Journal of Physiology*. Sept. 1902.

Enriquez et Hallion: *Presse médicale*. Déc., 13, 1902.

(a) Kocher: *Centralblatt für Chirurgie*, 1903, p. 33.
(b) Kelling: Loc. cit.

La gastro-yeyunostomica posterior retro-cólica en los *casos de estómagos muy bajos y muy dilatados, y la gastro-duodenostomia lateral en todos los demás, constituirá, pues, el remedio radical de todas las afecciones y trastornos gástricos debidos á estenosis de naturaleza benigna.* Luego veremos lo que conviene hacer si el prejuicio diagnóstico resulta equivocado respecto á la benignidad de la causa supuesta, y si los trastornos funcionales descritos resultan debidos á neoplasias malignas de origen endogástrico ó perigástrico.

2.° *Grupo.* El trípode sintomático antes citado, constituído por el dolor, el vómito y la retención, que caracteriza la estenosis pilórica benigna, caracteriza naturalmente también la estenosis de naturaleza maligna ó cancerosa, cuando el mal se halla en un período tan avanzado de su desarrollo, que opone un serio obstáculo mecánico á la libre evacuación del contenido estomacal; pero desgraciadamente, esa terrible dolencia, el cáncer de la región prepilórica, el de la corvadura menor, y sobre todo el del gran fondo, puede existir también y llegar á un período bastante avanzado, sin que aquellos tres síntomas característicos se hayan presentado, por lo menos reunidos y con la claridad evidente de los casos benignos. Y se comprende que así sea, pues en los casos en que la estenosis es benigna, puede decirse que no existe lesión de importancia, mientras el píloro sigue siendo todavía fácilmente permeable al paso de los alimentos, mientras que en el momento en que deja de serlo, el estómago, por lo demás enteramente sano en general, reacciona violentamente contra el obstáculo, y esa lucha es la que despierta el dolor, excita el vómito y conduce á la retención, caracterizando así de un modo típico el cuadro sintomático que constituye toda la enfermedad.—Por el contrario, el cáncer del estómago, si no ocupa precisamente la porción pilórica, va avanzando lentamente, desorganiza la mucosa, altera el quimismo gástrico y puede infectar los ganglios vecinos, mucho antes de que se despierte la lucha sintomática que nos ocupa, produciendo simplemente dolores y desarreglos dispépsicos irregulares, que inducen fácilmente á error y hacen perder lastimosamente el tiempo y la ocasión más preciosa para salvar al enfermo. Nosotros hemos visto cánceres extensos del estómago, que apenas producían síntomas, en que apenas existía el vómito, y los dolores tenían un carácter de difusión y una localización predilec-

ta capaz de despistar al más avisado (16). En un caso de cáncer extensísimo de toda la gran cavidad ó fondo del estómago, ni la palpación, ni la insuflación descubrian nada, y sólo la percución permitía apreciar una matidez inusitada al nivel del hipocondrio izquierdo que todavía podía confundirse con exudados del espacio semilunar de Traube.

Es, pues, indispensable en todos esos casos del segundo grupo aprovechar todos los medios de asegurar el diagnóstico en una época lo más temprana posible y no esperar (como puede hacerse en los casos benignos con mucho menos peligro) á que el trípode sintomático descrito se presente con toda claridad. De modo que si los trastornos funcionales persisten á pesar del tratamiento y *el enfermo se desnutre de un modo evidente y progresivo,* debe proponerse la operación, como único medio de asegurar el diagnóstico y aplicar, si se confirma, el único tratamiento útil.

En efecto, nadie duda ya hoy que, en el estado actual de la ciencia, el cáncer del estómago es enteramente incurable por los recursos de la terapéutica farmacológica.

¿Ahora bien, puede afirmarse que es curable por la intervención quirúrgica?

La respuesta exige que se dicotomice la cuestión.

---

(16) En un caso observado por nosotros, la enferma, sin ningún antecedente gastropático, hacía arrancar todos sus sufrimientos del día en que un colega le había introducido en el útero un histerómetro seguido de una inyección de tintura de yodo. La paciente relataba que había sentido en mitad del vientre una sensación de lanzada y que el mismo médico se había alarmado; que desde entonces y durante 7 ú 8 meses no había cesado el dolor y había aparecido un tumor perfectamente perceptible sobre el ombligo, que era precisamente el punto de donde arrancaban los sufrimientos. No habían existido apenas vómitos ni síntomas de retención, pues el contenido del estómago se vaciaba bastante bien en el duodeno. En la operación descubrimos un tumor carcinomatoso de la pared anterior de la región prepilórica, del tamaño de un puño y adherente á la pared anterior del abdomen. Practicamos la gastrectomía *semitotal* (V. más adelante) y la enferma se marchó con todas las apariencias de curada, comiendo perfectamente y considerablemente repuesta. Sin embargo, á los 6 meses tuvimos noticias de que el cáncer habia recidivado y se extendía hasta la cicatriz abdominal.

a.) —¿El cáncer en general, de un órgano extirpable, es curable por la extirpación?

b.) —¿Y si lo es, existe algún motivo que excluya el del estómago?

a.) Es un hecho de observación pura que el mayor número de las operaciones quirúrgicas por cáncer, de cualquier región del organismo, es seguido de recidiva más ó menos próxima ó remota; pero es también un hecho demostrado hoy por la más rigurosa observación, que existen casos de extirpación de cáncer que han dado por resultado una curación definitiva y completa, aceptando por prácticamente tal la que alcanza un período de 10, 15 ó más años sin rastro de recidiva, período más que suficiente para aceptar los resultados como prácticamente positivos, y evidentemente superior al que puede garantizar la curación de cualquiera otra dolencia. Existen casos bien comprobados de cáncer del útero (17), de la mama, del labio inferior, del pene, y hasta de la lengua, que es el más terrible de todos, que han sido curados definitivamente por la intervención quirúrgica.

b.) Ahora bien; no existe razón ninguna que permita considerar el cáncer del estómago como una excepción.

La supresión parcial, y hasta la total, del órgano gástrico ha sido demostrada experimental y clínicamente, en el hombre y en los animales superiores, como perfectamente compatible con la salud y con la vida; las relaciones anatómicas, y sobre todo linfáticas, del órgano no son ni más íntimas, ni más peligrosas que las de otros muchos como el útero, la lengua por ejemplo, y si los casos de curación definitiva son escasos todavía (á pesar de lo cual los hay de 7 y 8 años de fecha que continúan en perfecto estado)

---

(17) Nosotros contamos con un caso de cáncer del útero bien comprobado, cuya curación por la extirpación data ya de 15 años y no ha presentado rastro de recidiva, así como de varios cánceres de la mama de 5, 6 y 15 años, de la boca de 13 y 3 etc. El número, como se ve, es muy escaso comparado con el de los recidivados, pero desde el momento que se demuestra la *posibilidad* de la curación definitiva, la cuestión estriba en colocarse en condiciones favorables á su obtención, y estas condiciones no son otras que el *cito* y el *tuti* del adagio latino, es decir la operación precoz, desde los comienzos del mal, y todo lo extensa posible.

depende (18), en primer lugar, del número relativamente escaso todavía de las extirpaciones realizadas; y en segundo lugar y sobre todo, de que, hasta ahora, la mayor parte de las opera-

---

(18) Aunque la extirpación del cáncer del estómago es una operación que cuenta poco tiempo de existencia, se observa ya una diferencia considerable entre los resultados obtenidos en los primeros años y en los últimos, lo que prueba ya que el perfeccionamiento de la técnica va disminuyendo sus peligros y llegará á disminuirlos más si avanza al compás de la precocidad de la intervención, es decir de la mejor elección de los casos.

Así resulta de las primeras estadísticas publicadas por *Haberkant* (a) que mientras las extirpaciones de cáncer del estómago ó píloro practicadas de 1881 á 1887 dieron una mortalidad de algo más de 65 por 100 (107 casos, 70 muertos), las comprendidas entre 1888 y 1894 sólo dieron el 48 por 100 (98 casos, 42 muertos), y de las estadísticas de *Guinard* (b), que comprenden 291 casos (desde 1891 á 1898) resulta una mortalidad de 35'39 por 100.

La última serie de 24 operados de *Kocher* (c) sólo da una mortalidad de 29 por 100, en total, y los últimos 22 casos operados por su procedimiento de *resección con gastro-duodenostomosis* solo han dado una mortalidad de 5'5 por 100. *Hartmann* publica una primera serie de sus operaciones de gastroectomía por cancer en que 10 casos dan 4 muertos; de una segunda serie de 10 casos sólo muere 1 operado (d). *Krönlein* de una serie de 24 casos pierde 5, de otra serie última de 20 sólo pierde 2 (e). Estas cifras podrían multiplicarse todavía, pero todas ellas demuestran que la mortalidad operatoria de la gastroectomía, enorme en sus primeros períodos, ha quedado reducida á unas proporciones que permiten colocarla, como gravedad, al mismo nivel de cualquiera otra de las operaciones abdominales. Nosotros sólo hemos practicado 6 gastroectomías con dos muertes consecutivas á la operación.

Pero más importante que el peligro inmediato de la operación, es conocer sus resultados definitivos. Estos no son todavía lo que debe esperarse que serán con el tiempo; pero el mismo *Kocher* cuenta 6 operados que viven desde hace más de 3 años de la operación, uno de 8

(a) HABERKANT: *Archiv für klin. Chirurgie*, 1896. LI., p. 484 y 861.
(b) GUINARD: *La cure chirurgicale du cancer de l'estomac*. París, 1898.
(c) KOCHER: *Chirurgische Operationslehre*. Jena 1902, p. 316.
(d) HARTMANN: *Chirurgie gastro-intestinale*. París 1901, p. 58.
(e) KRÖNLEIN: *Archiv für klin. Chirurgie*, 1898, p. 447.

ciones se han practicado en casos poco favorables por lo avanzados, lo cual ha sido debido, tanto á las dificultades reales del diagnóstico precoz, como al criterio abstencionista de la gran mayoría de los médicos que tratan á los enfermos y son los únicos que tienen ocasión de observarlos en sus primeros períodos!

Por más, pues, que como hemos dicho al principio, los procedimientos de la exéresis no deberán nunca ser considerados como la *meta* ni el desideratum de la terapéutica, es indudable que mientras persista por un lado la absoluta impotencia de la medicina para curar un solo cáncer del estómago, y la indiscutible posibilidad, por otro, de obtener esa curación sacrificando el órgano parcial ó totalmente, es artículo de conciencia, que debe aceptar todo médico honrado como criterio, hacer utilizar á todo enfermo de cáncer del estómago (condenado fatalmente á muerte por la espectación ó á un resto de vida de torturas y de impotencia) los beneficios de una operación quirúrgica, que puede quizás devolverle completamente la salud en el caso más favorable, y en todo caso suprimirle temporalmente sus crueles sufrimientos y prolongar su existencia (19).

---

años y otro de 13 (f). *Wölfler*, reuniendo los datos de una porción de cirujanos alemanes, ha podido contar 14 enfermos que viven desde hace de 2 á 4 años de la operación, 4 desde hace más de 4 años, otros 4 de más de 5 años, uno de 6, y 2 de más de 8 años (g), etc., etc.

(19) *Krönlein* ha presentado al último Congreso de cirujanos alemanes un estudio comparativo del curso y duración de los enfermos afectos de cáncer del estómago operados y de los no operados.

Sus observaciones comprenden 264 casos de cáncer del estómago tratados en su clínica desde 1891 á 1902. De ellos 67 no fueron operados y 197 sí. Según sus conclusiones: el cáncer gástrico produce la muerte en un período de 12 meses. La gastroenterostomía prolonga la vida de esos enfermos, en unos 3 meses y cuarto. Por la gastroectomía se obtiene un beneficio de unos 14 meses en los casos en que sobreviene la recidiva. Esta es la regla, pero del total de enfermos operados por Krönlein viven en la época de su publicación uno desde hace 8 años, uno desde 4, dos desde 3, tres desde 2 y 6 desde un año (h).

(f) Loc. cit. pág. 317.

(g) Wölfer XXV. Kongres d. Deut. Ges. f. Chirurgie, 1896, p. 89. *(Centralblatt's Beilage)*.

(h) Krönlein: *Ueber den Verlauf des Magencarcinoms*, etc. *Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie*, 1902, p. 94.

Los estudios anatómicos modernos de Mikulicz, Most, Cunéo y otros han fijado los límites más frecuentes y las vías de propagación predilectas del cáncer del estómago; la actual técnica quirúrgica ha demostrado su perfecta aislabilidad; el éxito dependerá, pues, principalísimamente, de diagnosticar á tiempo la dolencia, y de no esperar á que, traspasando la neoplasia sus límites anatómicos aislables, invada el páncreas, el hígado, los vasos esplénicos, etc , y resulte quirúrgicamente absurda la intervención.

Desgraciadamente, como ya hemos indicado, el diagnóstico precoz del cáncer del estómago ès todavía muy oscuro; los desórdenes funcionales que produce en sus primeros períodos, por ser, como hemos visto, mucho menos violentos que los de las estenosis cicatriciales, dan lugar á largas demoras y á prolongados ensayos de tratamientos farmacológicos y dietéticos, durante los cuales se pierde irremediablemente para el enfermo la ocasión oportuna de una intervención curativa y feliz.

Ninguno de los síntomas clínicos, ni del quimismo gástrico, que se han reputado por algunos como patognomónicos, ha resultado confirmado de un modo definitivo por la experiencia, de modo que la única regla de conducta á la cual puede y debe sujetarse el médico práctico, si quiere ser útil y no dañino á sus enfermos, es la siguiente:

Todo enfermo afecto de una gastropatia crónica, en el cual, aun existiendo períodos de relativa calma, persisten los fenómenos morbosos á despecho del tratamiento adecuado al catarro gástrico y á las diversas formas de dispepsia y en el cual progresa de un modo evidente la desnutrición y el enflaquecimiento, debe ser sometido á la laparotomia exploradora (en la forma que luego expondremos) *como único medio seguro de obtener una intervención operatoria curativa, si de ella resulta la existencia de una neoplasia, de dejar las cosas en su primitivo estado, con más la exclusión de la duda, si de la exploración directa resulta que no existe alteración neoplásica ninguna.*

La indicación resulta, por supuesto, indiscutible si el examen directo permite afirmar la existencia de un tumor.

—No podemos aceptar otro criterio que el expuesto, en el tratamiento del cáncer sospechable ó confirmado del estómago.

La laparotomía exploradora si sólo tiene que explorar un estómago enteramente libre de adherencias y del todo accesible, *es enteramente inocua.* Su gravedad comienza sólo desde el

momento en que existen lesiones que dificultan la exploración, complicando y alargando desmesuradamente las manipulaciones exploratorias; y en ese caso nos hallamos ya de lleno en el cumplimiento de la indicación terapéutica, puesto que la exploración se convierte en operación quirúrgica necesaria, y el enfermo llevaba ya consigo el foco patológico que había de acabar con su vida, irremisiblemente, sin la intervención.

El criterio es radical, pero humano: Un paciente viene sufriendo, durante semanas y meses, trastornos gástricos de consideración, que resisten á todo tratamiento, lo mismo al farmacológico que al diatético, que al del reposo de Weir Mitchell, y si se quiere, hasta aflojando la mano, á los remedios empíricos más en boga; el enfermo enflaquece y sufre: debe ser sometido á la laparotomía.

Esta demuestra que existe un cáncer incipiente, ó el principio de degeneración de una úlcera simple: es quizás la época oportuna todavía de salvarle por una exéresis extensa y acertada; resulta, por el contrario, que es demasiado tarde para obtener un resultado feliz: puede todavía una operación paliativa, la gastro-enterostomía, aminorar sus sufrimientos y alargar su vida; en fin, el resultado de la exploración directa demuestra que no existe alteración ninguna de textura y si, sólo, un proceso catarral, gástrítico, ó quizás simplemente *neurósico*: no se ha perdido nada, antes al contrario, el enfermo adquiere la convicción de que no existe la terrible dolencia, cuya sola sospecha no podía menos de tenerle en vilo, y su médico queda perfectamente orientado para el ulterior tratamiento de su enfermo.

El segundo grupo en que hemos dividido nuestros enfermos gástricos queda, pues, suficientemente deslindado y las indicaciones que debe provocar claras y precisas. Podrá ser considerada la exérisis de un órgano canceroso como un procedimiento todavía bárbaro, como lo es, á pesar de su elemental sencillez, la avulsión de un molar cariado, que tortura á su dueño; pero mientras la medicina no posea el medio de atajar vitalmente el cáncer en su proceso, y de rehabilitar ó restaurar sus destrozos, el único recurso útil es la supresión extensa y oportuna del órgano dañado, y el paciente que se ve luego libre de las torturas á que le tenía sujeto, que come y recobra sus fuerzas, se felicitará de haber utilizado ese procedimiento todavía bárbaro, como sale gozoso de casa del dentista el que dejó en ella el diente odiado, causa de sus tormentos.

Hasta aquí, pues, señores, los dos grupos de enfermos que hemos estudiado nos ofrecen indicaciones claras y evidentes: el obstáculo físico invencible en unos casos, la lesión incurable y progresiva en los otros sólo puede curarse por la intervención quirúrgica: los resultados que de esta se esperan son tan claros y definidos como la misma indicación.

3.er Grupo. No ocurre lo mismo, por desgracia, con los enfermos del tercer grupo.

Trátase en éste de verdaderos procesos patológicos, perfectamente curables por los recursos de la naturaleza, sola unas veces, ayudada por el arte otras, y en esa curación, que es siempre muy difícil apreciar á que altura se halla, la intervención quirúrgica, sea de la clase que quiera, sólo puede influir de un modo indirecto, cuando no se trata de resolver el conflicto ó la indicación vital de algunas de sus complicaciones.

Hay dos asuntos que tratar en el esclarecimiento de las indicaciones quirúrgicas en los enfermos afectos de gastropatías inflamatorias y dispépsicas.

A). Es el primero averiguar hasta que punto una intervención quirúrgica, modificando el funcionalismo motor del estómago, *puede influir* en la marcha y respectiva curación del proceso patológico.

B). Es el segundo apreciar desapasionadamente hasta que punto la intervención es capaz de *atajar* y vencer las terribles *complicaciones* de aquellos procesos: la hemorragia y la perforación.

a). Constituye el primero una cuestión de alta patología gástrica, que no es fácil resolver á priori; pero existen hechos experimentales y clínicos que permiten establecer algunas afirmaciones provisionales que sirvan de base á la conducta del médico práctico.

En efecto: las dos formas patológicas que más importa estudiar en este grupo son la *úlcera simple del estómago* y la *hiperclorhidria* con hipersecreción permanente ó gastrosucorrea de Reichmann, como conjunto sintomático de cuya discutibilidad nosológica no debemos ocuparnos nosotros.

La úlcera simple del estómago es una enfermedad muchísimo más frecuente de lo que se ha creido durante muchos años, gracias á su indudable curabilidad por los simples esfuerzos de la naturaleza y por el arte bien dirigido. Pero, por más que algu-

nos clínicos optimistas, como Leube por ejemplo (20), sostienen que sólo fallecen un 2 por 100 de los enfermos de úlcera gástrica bien tratada con los recursos médicos; son muchos más los que opinan de muy diversa manera, de modo que, según las estadísticas de *Dévobe y Rémond* (21) perecen de tuberculosis el 20 por 100 de los enfermos de úlcera gástrica, según las de *Welch* de cada 100 enfermos de úlcera, mueren el 6'5 por 100 por perforación gástrica, el 5 por 100 de hemorragia, el 5 por 100 de pielitis infectiva, etc., y cuenta que no se incluye en esas cifras el número, indudablemente muy respetable, de enfermos en los que la úlcera gástrica simple se convierte en punto de origen de un verdadero carcinoma, ni el de los que sufren en su estado general las múltiples consecuencias y secuelas de la desnutrición crónica.

La úlcera gástrica es, sin embargo, una enfermedad que cae de lleno bajo los dominios de la terapéutica médica y que sólo excepcionalmente se verá obligada á pasar á los de la quirúrgica.

Pero esas excepciones deberán también ser menos raras de lo que muchos creen (22).

En efecto: en conformidad con la doctrina que venimos sosteniendo, constituirán esas excepciones la agudeza, intensidad y

---

(20) LEUBE: *Ueber die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs*. XXVI Kongress der Deut Ges. f. Ch., 1897.

(21) DÉVOBE et RÉMOND: *Maladies de l' estomac*. París, 1894.

WELCH: Citado por Mikulicz.

(22) A pesar de que nosotros insistimos en considerar la úlcera simple del estómago como un afecto médico, tratable en general por los recursos de la terapéutica farmacológica é higiénica, no faltan cirujanos que opinan de distinta manera. Así por ejemplo *Tricomi (Riforma medica,* febr. 1899) sostiene que debe tratarse sistemáticamente por la operación, y *Heydenreich* (Sém. méd. febr. 2 1898) afirma que siendo según sus observaciones la mortalidad ordinaria de los enfermos de úlcera gástrica de un 25 á un 30 por 100, y la mortalidad corriente de la gastro-enterostomía de 16 por 100, la operación ofrece menos peligros que la espectación. En la época en que *Mayo Robson* hizo su *Hunterian Lecture* (marzo 1900) pudo reunir 184 operaciones practicadas por úlcera gástrica, por varios cirujanos, y de las cuales murieron 31 operados y se salvaron 157 y deduce también de ello que no debe adoptare por sistema la operacion, sino reservarla para los casos crónicos ó complicados, *Doyen*, *Czerny*, *Durivier*, *Novaro* y otros

rebeldía de los *dolores, de los vómitos* y sobre todo *del espasmo pilórico* que es su causa, dando lugar á fenómenos de retención que perjudican extraordinariamente, cuando no imposibilitan en absoluto, la curación natural de la úlcera.

De modo que, siempre que en enfermos diagnosticados de úlcera del estómago, los tres síntomas citados, ó alguno de ellos, resista el tratamiento racional y empiece á producir la desnutrición y el enflaquecimiento, deberá recurrirse á una intervención quirúrgica, que podrá consistir tan sólo en cambiar la dirección de los alimentos por medio de la gastro-yeyunostomia, evitando así el contacto ulterior prolongado de los líquidos ácidos sobre la úlcera; pero también en la extirpación de esta misma úlcera por la excisión de toda la porción de pared que le sirve de base, si existen razones sólidas para creerla única y amenazada sobre todo de perforación. La gastro-enterostomía puede, pues, en estos casos, aunque de un modo indirecto, favorecer extraordinariamente la curación de la úlcera gástrica, suprimiendo todo fenómeno de retención y duradero contacto, de los materiales medio digeridos, sobre la superficie ulcerada, aboliendo el espasmo del píloro, debido al reflejo despertado por aquel contacto, y hasta disminuyendo las dimensiones de la superficie ulcerada, por la retracción natural ó encogimiento fisiológico de toda la víscera, que es la consecuencia inmediata de la falta de distensión retentiva del estómago, antes dilatado por el obstáculo á su libre evacuación.

La indicación, pues, en esos casos, aunque algo más complicada que en los dos primeros grupos, no deja de ser lógica y evidente.

Pero existen además dos complicaciones posibles, en el curso de la úlcera gástrica, que dan origen todavía á nuevas indicaciones: la *hemorragia* y la *perforación*.

En general no somos partidarios de la intervención inmediata en los casos de hemorragia copiosa y fulminante: las condiciones son detestables para el éxito operatorio y por consiguiente terapéutico, el enfermo se halla extenuado, colapsado á veces, y por

---

han encomiado también las ventajas de la gastro-enterostomía en la úlcera simple (a).

(a) MAYO-ROBSON: *Diseases of the Stomach and their surgical treatement.* London, 1901, pág. 111.

lo tanto en mal estado para resistir bien una laparotomía, seguida de gastrotomia y probablemente de gastroectomía parcial, pues la simple anastómosis gastro intestinal no garantiza de un modo suficiente la cesación absoluta y segura de la hemorragia, para arrostrar por y para ella sola los peligros de una intervención en trance tan apurado. Creemos, pues, más prudente en general, en los casos de hemorragias gástricas fulminantes, tratar de conjurar el peligro del momento por medio del reposo absoluto, del hielo, de las inyecciones medicamentosas, gelatinosas y de suero artificial, etc , y ver si la relativa normalidad se restablece y el enfermo puede someterse de nuevo al régimen dietético é higiénico ó farmacológico de la úlcera gástrica. Pero si las hemorragias, á despecho de todo, se repiten, y sin ser tan profusas constituyen un peligro serio por su frecuencia y tenacidad, no titubearemos tampoco en aceptar el caso como quirúrgico, y buscando el momento más propicio, aconsejaremos como la operación más indicada la excisión total de la úlcera, seguida de sutura, mucho mejor que el raspado, la cauterización y la ligadura *in loco* propuestas por algunos (23). El peligro sin embargo, es grande; los resultados, aunque van mejorando (24) no son brillantes todavía, y aunque fijamos y dejamos sentada *la indicación*, como queda

---

(23) La ligadura de la arteria que sangra, *in loco,* resulta imposible en la gran mayoría de los casos. *Roux* y *Mikulicz* han conseguido cada uno salvar *un* enfermo por ese medio: en uno de los casos se ligó la arteria coronaria. *Heidenhain* aconseja la sutura de la úlcera, y la mayor parte de los cirujanos creen preferible desistir de buscar el vaso perforado y practicar ó bien la gastro-enterostomía, ó la yeyunostomía según v. *Eiselberg* (a). *Moullin* aconseja también la ligadura en masa de todo el espesor de la pared (b).

(24) Las estadísticas acusan todavía resultados detestables en los casos de intervención por hemorragias agudas, cualquiera que sea el procedimiento directo que se emplee. *Petersen* da cuenta de 7 casos operados en la clínica de *Czerny:* 3 veces se practicó la excisión de la úlcera, los tres pacientes sucumbieron; en los otros 4 se practicó la

---

(a) MIKULICZ U. KAUSCH: *Handbuch der prakt. Chirurgie*, 1900, vol. III, p. 286

V. EISELBERG: *XXXI. Kongress d. Deut. G. für Chirurgie, 1902.*

(b) W M. MOULLIN: *Three cases of gastrotomy for haematemesis. Lancet. oct. 1900.*

dicho, admitimos también su discutibilidad como justificada, por lo menos respecto al momento oportuno y forma de su realización.

En cambio no admite duda la indicación quirúrgica en los casos de *perforación del estómago* ulcerado.

Los resultados son todavía fatales: los más afortunados operadores no han conseguido salvar más allá de un 20 á un 30 por 100 de sus operados; pero así y todo, la muerte rápida es una consecuencia tan probable é inminente de la perforación, que toda tentativa de salvación está justificada y la única dificultad está en *llegar á tiempo*. En efecto, raro es el caso en que, por deprisa y con fortuna que se proceda, es posible poder intervenir quirúrgicamente antes de 8 ó 10 horas de producida la perforación, y en ese espacio de tiempo lo hay más que suficiente para que la peritonitis *se haga difusa* y la muerte resulte casi *fatal*.

Sin embargo, no lo es en absoluto. El momento de la perforación puede ser el más favorable, si el contenido gástrico, por

---

gastro-enterostomía y los cuatro se salvaron (a) Sin embargo *Roux* (b) *Kocher* (c) *Körte* (d) y la mayor parte de los cirujanos aconsejan todavía la intervención si el caso apremia y permite afirmar que el enfermo se pierde por la espectación, y sobre todo *Andrews y Eisendrath*, de Chicago (e) han publicado un trabajo sumamente interesante, en el que, fundados en casos clínicos y en ingeniosos experimentos en perros, aconsejan, cuando no es posible realizar bien la excision total de la úlcera, practicar su ligadura en masa, pero *por la cara interna ó mucosa* del estómago, á través de una incisión de gastrotomía *ad hoc*, comprendiendo en la ligadura todo el espesor de la pared estomacal en forma de cono hacia adentro, y reforzándolo por fuera por una sutura de Lembert. Según sus observaciones, el cono formado por la mucosa y estrangulado por la ligadura es digerido en el perro en tres ó cuatro días, y aunque en el hombre la actividad del jugo gástrico es menor, creen indispensable la sutura exterior sero-serosa para evitar una ulterior perforación.

(a) PETERSEN: *Ueber die operat. Behandlung ak. Magenblutungen.* XXXI *Kongress der D. Ges für. Chirurgie*, 1902.

(b) ROUX, de Lausanne: *Encyklopädie der gesamten Chirurgie*, vol II, 1902, p 85.

(c) KOCHER: *Correspondenz blatt für. schw. Aerzte*, 1898, p. 610.

(d) KÖRTE: Langenbeck's. Archiv, vol. LXIII, 1901.

(e) ANDREWS *and* EISENDRATH: *On the surgical treatement of haemorrhage from gastric ulcers.* Annals of. Surgery, vol. XXX, 1899, p. 393.

la presencia de sus jugos digestivos y ácidos, presenta el mínimum de virulencia bacteriana; la región perforada puede hallarse parcial ó totalmente aislada ó protegida por procesos adhesivos perigastríticos previos; una franja peritoneal, un apéndice epiplóico ó el mismo espasmo gástrico pueden estrechar y hasta cerrar la abertura de perforación, sólo permeable entonces durante un momento; y en fin, la sensación típica, de puñalada, de la perforación puede ser tan característica, el enfermo tan inteligente y las circunstancias exteriores tan favorables, que lleguemos á tiempo de practicar una rápida excisión seguida de sutura, y una limpieza ó *toilette* de la zona peritoneal infectada, seguida, si es preciso del taponamiento (25), y consigamos salvar al enfermo, irremisiblemente perdido sin nuestra intervención, en el 99 por 100 de los casos.

La indicación de la laparotomia en la perforación del estómago, es indiscutible también bajo el punto de vista científico y práctico, aunque sus resultados hayan sido todavía desgraciados en muchos casos.

---

(25) Se ha discutido mucho, y no se ha llegado todavía á un acuerdo, sobre si es preferible tratar el peritoneo infectado por medio de grandes irrigaciones de suero normal esterilizado, ó por la vía seca, enjugando los líquidos que hayan podido contaminarle, con torundas de gasa estéril. Todavía en el último Congreso de Cirujanos de Berlín *Rehn* (de Francfort) se ha declarado partidario de las irrigaciones y *Doyen* (de París) enteramente contrario á ellas. Nosotros creemos que en los casos de peritonitis *limitada* aunque extensa, debe evitarse toda irrigación que pueda arrastrar la materia infectante á zonas todavía libres de ella, y limitarse á la más escrupulosa *toilette de toda la zona* infectada, con torundas de gasa estéril húmeda, seguida de un taponamiento minucioso con la misma gasa seca. El taponamiento con gasa estéril es, en nuestro concepto, el recurso más enérgico que posee la Cirugía para limitar las infecciones progresivas y excitar procesos exudativos de defensa alrededor del foco patológico. Desgraciadamente, el temor de dejar una abertura demasiado extensa en el abdomen, que constituye una amenaza de hernias para el porvenir, hace muchas veces limitar ó escatimar ese taponamiento y compromete la vida del enfermo, por salvarle de una contingencia futura eventual. En los casos de peritonitis generalizada y difusa, seguimos creyendo con *Rehn* y con *Friedrich* que el drenage múltiple del abdomen y las irrigaciones abundantes con suero normal, son los únicos medios de salvación posible.

Queda por fin, señores, la cuestión magna de la indicación quirúrgica en los procesos gastríticos y dispépsicos, principalmente en los que revisten el tipo sintomático de la gastro-sucorrea de Reichmann. Hemos tenido ocasión de operar algunos de estos casos y expondremos brevemente nuestro criterio sobre el particular.

Desde luego, y ante todo, debe tratarse de no confundir, como lo hacen á menudo los enfermos, aún siendo médicos al mismo tiempo, la *dispepsia ácida*, debida á fermentaciones producidas por impotencia relativa ó insuficiencia gástrica (hipostenia), afección generalmente transitoria aunque recidivante, y curable por el régimen y un tratamiento general apropiado; con la verdadera *hiperclorhidria* permanente, hiperesténica, rebelde y tenaz en ocasiones, aunque curable también en muchas otras por los recursos del arte médico.

Se sabe hoy de un modo positivo, tanto por los resultados de ciertas observaciones clínicas, como por la experimentación directa en los animales y en el hombre (26), que el píloro, cerrado por su tonicidad normal, no se abre mientras el bolo alimenticio, ó mejor dicho la masa cibal es excesivamente ácida. En el proceso normal de la digestión, el ácido clorhídrico producido por el estómago desaparece poco á poco, combinándose con las albúminas alimenticias y con las partes *amidas* de la molécula nueva que se forma (27), de modo que, cuando la digestión estomacal se halla completada, el bolo alimenticio considerablemente desacidificado franquea fácilmente el píloro y pasa al duodeno.—El píloro se contrae, pues, por acción refleja al contacto de un exceso de ácidos, para proteger al duodeno contra la invasión de una masa excesivamente ácida (28). Cuando la producción de

---

(26) Según los trabajos experimentales de *Serejukow* (a) los ácidos excitan de un modo directo la contratura del músculo oclusor del píloro. El contenido del estómago se vacía, á través del píloro normal, con la máxima rapidez si es alcalino, algo más lentamente si es neutro y mucho más lentamente si es ácido.

(27) JOULIE: *Urologie pratique et Thérapeutique nouvelle.* París 1901, pág. 143.

(28) Este concepto del reflejismo contráctil ó contractilidad refleja

---

(a) SEREJUKOW: *Ueber die Bedingungen des Uebertritts der Nahrung von Magen in den Darm* S. Petersburg, 1899.

ácido clorhídrico es, pues, tan superior á la normal que resulta enteramente imposible la desacidificación del contenido gástrico,

---

del píloro, que ha sido admitido hasta ahora por la mayor parte de los fisiólogos y de los patólogos, ha de sufrir en su esencia una importante modificación, en virtud de los interesantisimos resultados obtenidos experimentalmente por el *Prof. Pawlow*, de S. Petersburgo, y publicados en su reciente obra (a)

Según esos admirables experimentos, que han resuelto de un modo directo tantas cuestiones dudosas el jugo gástrico *ácido* no llega nunca á neutralizarse *dentro* del estómago, sinó en el duodeno El contacto del quimo *ácido* es indispensable para despertar el reflejo duodenal, en virtud del cual se produce principalmente la secreción pancreática que luego se especializa en cada uno de sus tres fermentos, tríptico ó proteolítico, amilolítico y lipolítico, según los elementos que predominan en la masa quimácea salida del estómago.

Según dichos experimentos, un reflejo especial inhibe temporalmente los movimientos expulsivos del estómago y *cierra el píloro*, cada vez que una porción del contenido estomacal *ácido* llega al duodeno *(Hirsch, v. Mering). Pawlow ha visto* que mientras el contenido duodenal sigue siendo ácido, el píloro permanece cerrado y en cuanto dicho contenido, por efecto de los jugos duodenales, se hace alcalino, se abre de nuevo el píloro para dejar pasar una nueva porción de la masa quimácea, todavía ácida, del estómago. Este, pues, se vacía en el duodeno por fracciones sucesivas: una porción nueva de quimo no puede llegar al intestino, hasta que la anterior ha sido neutralizada en él *(M. Labbé)*.

De modo que, obsérvese bien, el reflejo oclusor del píloro, producido ó debido á un exceso de acidez del contenido estomacal según todas las observaciones clínicas y quirúrgicas resulta igualmente cierto, con la sola diferencia ó corrección, debida á los trabajos de Pawlow, de que el origen ó zona emisora del reflejo, en vez de radicar en la región prepilórica del estómago, radica en la porción postpilórica del *duodeno*, ya que tan sólo cuando la porción ácida que ha llegado á contacto de dicho duodeno, se neutraliza ó alcaliniza en él, es cuando se abre de nuevo el píloro.

Se comprende igualmente bien, por ese mecanismo, que si el contenido gástrico es excesivamente ácido, las porciones parciales que de él pasan al duodeno tardarán mucho más de lo regular ó no llegaran

---

(a) PAWLOW: *Le travail des glandes digestives*, traduction française de V. Pachon et J Sabrazés, 1901.

MARCEL LABBÉ *Presse médicale*, 1902, 26 Nov. p. 1135.

el píloro entra en espasmo casi permanente, y como consecuencia de ese espasmo sobreviene el dolor y la retención ó el vómito, ó ambas cosas en períodos alternos.—Nos hallamos ya entonces en condiciones, aunque groseramente, parecidas á las de la estenosis pilórica, y como el aumento de irritación y de estímulo á que da lugar el prolongando contacto de las masas ácidas con las paredes del estómago altera profundamente su potencia secretoria, nutritiva y contráctil, de aquí la dilatación, la *gastroectasia* con todas las consecuencias naturales del proceso.

La lucha entre la contractilidad del ventrículo y el espasmo de su abertura constituye la clave, como hizo notar muy bien

---

á alcalinizarse y el resultado será la persistente contractura del píloro, que se convertirá en espástica y dará fácilmente lugar á la retención Con lo cual nos hallamos en el mismo caso del mecanismo patogénico expuesto por nosotros.

Hemos querido añadir estas consideraciones á las expuestas en el curso de nuestro trabajo, para que se vea cuan perfectamente se encajan y concuerdan los hechos bien observados, lo mismo si proceden de la clínica que del laboratorio experimental. Las novísimas observaciones de *Pawlow* no hacen más que confirmar los resultados de la observación, corrigiendo tan sólo el punto exacto de origen del reflejo.

Todavía podría discutirse si los efectos que siguen al contacto del quimo ácido con la mucosa duodenal, sobre la secreción pancreática, son de naturaleza puramente refleja, ó debidos á la producción de la *secretina* por la acción del ácido clorhídrico sobre la mucosa duodeno-yeyunal (a); pero esta cuestión de alta fisiología intestinal importa poco á nuestro objeto, desde el momento que deja siempre en pie el hecho de que el píl ro permanece cerrado hasta que el contenido ácido del duodeno se desacidifica por completo ó se alcaliniza.

Pero mucho más importante que para ese objeto, lo es para la elección del punto preferible para la anastómosis, en la operación de la gastro-enterostomía, toda la serie de estudios recientes sobre la participación del intestino y de sus reflejos en el trabajo de la digestión, sobre todo, las zonas de producción predilecta de la mencionada *secretina*, y más todavía de la *enteroquinasa*, sobre la que pueden consultarse los interesantes trabajos del mismo *Pawlow*, *Schepowalnikow*, *Delezenne*, *Hamburger* y otros.

(a) Bayliss and Starling: *Journal of. Physiology*. Sept. 1902. Enriquez et Hallion: *(Presse médicale*. Dec. 1902, p. 1191.

Doyen, de toda la patología dolorosa del estómago; y la disminución de la contractilidad gástrica, que es al mismo tiempo causa y efecto de la dilatación, establece un estado patológico permanente, del cual sólo rara vez y con grandes dificultades, puede, llegado á ese punto, triunfar la naturaleza, aun auxiliada inteligentemente por el arte.

En ese preciso momento es cuando la indicación quirúrgica, como siempre que interviene en afectos internos, surge clara y evidente, para resolver por medios físico-mecánicos el conflicto que no puede resolverse de otro modo.

Y, efectivamente, estableciendo una abertura de comunicación más fácil, y para traspasar la cual bastan todavía las escasas fuerzas contráctiles que le quedan al músculo gástrico (29), puede éste retraerse sobre sí mismo y recobrar sus perdidas energías, puede la mucosa permanecer muchas horas en reposo y libre del contacto irritante de las masas ácidas retenidas, y

---

(29) En las observaciones recogidas por el *Dr. Rusca* en nuestros operados de gastro-enterostomía, ha podido comprobarse perfectamente la retracción del estómago en todos los enfermos con afecciones benignas del píloro. Estómagos que antes de la operación daban, por la insuflación directa moderada, estados de dilatación en que la gran corvadura se hallaba á 4 y 6 centímetros *por debajo* del ombligo, se reducían ya al finalizar la primera semana después de la operación, al nivel de la línea umbilical, y al cabo de un mes se podía por la misma insuflación demostrar que la gran corvadura quedaba á varios centímetros por encima de dicha línea La contractilidad muscular, aunque casi totalmente abolida *de hecho* en esos casos mientras dura el obstáculo pilórico invencible se conserva sin embargo en estado que podríamos llamar *latente* (mientras no tiene lugar la degeneración histológica de las túnicas musculares, lo cual es raro en los casos benignos) y empieza á entrar en función y va aumentando gradualmente, desde el momento en que se abre una comunicación posible y fácil entre el estómago y el intestino. De aquí el restablecimiento de las funciones digestivas, que tiene lugar rápidamente en esos enfermos.

Los resultados son mucho menos brillantes y marcados en los enfermos con profunda degeneración de las túnicas gástricas. En éstos persisten á veces los fenómenos de retención parcial, que se acompañan de fermentaciones y fenómenos intestinales (diarreas, melenas, etc.), hasta llegar á veces á la caquexia. En esta última clase de enfermos es donde podría tal vez ser útil la completa *exclusión* del estómago por medio de la yeyunostomía.

con la ayuda de la naturaleza y del arte pueden llegar á restablecerse las cosas en su estado primitivo y normal; sujeto siempre, es cierto, á una recrudescencia ó recidiva del proceso, por la ulterior rotura del nuevo equilibrio obtenido, pero contra cuyo accidente el enfermo y el médico están ya lo suficientemente avisados y orientados para conseguir evitarlo. El régimen, la higiene y la observación inteligente del nuevo funcionalismo de los órganos deben hacer lo demás.

Queda, pues, sentado también, que *en los procesos patológicos que toman la forma del síndrome de Reichmann*, puede llegar y llega frecuentemente un momento, en el cual, según nuestro criterio, *se impone también la indicación quirúrgica, en la forma de gastro-enterostomía*, que podrá ser sólo temporal ó definitiva según los casos.

4.º grupo. Quédanos por fin, señores, solamente el cuarto grupo de enfermos gástricos, en los cuales suponemos que ni existe el vómito, ó es muy raro, son poco acentuados y erráticos los dolores espontáneos, y más que verdadera retención, lo que existe es intolerancia del estómago para los alimentos, cuya sola ingestión despierta inmediatamente reflejos dolorosos, verdaderos cólicos, que obligan al enfermo á ver con horror toda suerte de alimentación.

Hemos tenido ocasión de observar algunos de esos casos típicos, de absoluta obscuridad diagnóstica, en los que, junto á esa escasez de síntomas funcionales, no podía apreciarse por el examen directo la más ligera alteración somática: ni sensibilidad á la presión, ni tumor, ni engrosamiento ninguno, con perfecta blandura y depresibilidad de las paredes abdominales, integridad aparente de las vías hepáticas, etc., etc., en los que el examen mismo del quimismo gástrico no daba tampoco más que resultados enteramente negativos. Alguno de esos enfermos lo hemos visto curado, después de muchos meses de sufrimientos, y habiendo llegado á un grado de emaciación verdaderamente alarmante... y esos casos siguen siendo para nosotros, y para muchos, todavía un verdadero enigma patológico; á otros de ellos los hemos visto sucumbir en el marasmo por no querer aceptar ni una intervención exploratoria; alguno ha muerto de repente por una especie de toxemia gástrica aguda, llevándose consigo la incógnita de su dolencia, y algunos, en fin, que se han sometido á la exploración, han dado por resultado el descubrimiento de los más variados estados patológicos, entre los cuales no son

los menos frecuentes las alteraciones calculosas de la vejiga de la hiel, enteramente incomunicada desde larga fecha (30) del resto de las vías biliares é inaccesible á la exploración directa por su situación anormalmente profunda; así como procesos patológicos del pancreas y bridas cicatriciales, etc., etc.

Por más que, como hemos tenido el honor de manifestar, algunos de esos casos han terminado por una curación casi espontánea, con gran sorpresa del médico mismo, después de un largo periodo de vacilaciones y de haber llevado al paciente hasta el mismo dintel de la muerte; yo creo firmemente que, en el estado actual de la ciencia, y dada la perfecta inocuidad de una laparotomía exploradora bien practicada, *todos esos enfermos*, cuando después de agotadas las tentativas racionales de tratamiento, siguen desnutriéndose y llegan á verse privados, casi en absoluto, de toda ingestión de alimentos, *deben ser examinados* quirúrgicamente y de un modo directo y entran de lleno en el dominio de la laparotomía explcradora.

---

(30) En un caso observado por nosotros, una señora de 45 años llegó á no poder tolerar más que leche, como única dieta, á consecuencia de fuertes ataques de gastralgia é intolerancia gástrica, *sin fenómeno ninguno de retención* y sin antecedentes patológicos de ninguna clase más que algunos accesos dolorosos de ese mismo tipo, que habían hecho pensar también en cólicos nefríticos ó hepáticos, pero que no habían sido seguidos nunca de fenómeno ninguno apreciable de las vías biliares ni urinarias. A nuestro primer examen descubrimos un tumor *movible*, del tamaño de una manzana, al nivel de la porción externa del hipocondrio derecho, tumor que por su situación y movilidad más hacía pensar en un riñón luxado que en un tumor biliar.

En la operación nos hallamos con una masa de adherencias que englobaban la vesícula biliar, dilatada, ocupada toda ella por un cálculo enorme y sin comunicación practicable con el resto de las vías biliares. Practicamos la *colecistostomía*, y desaparecieron rápidamente todos los síntomas dolorosos y funcionales, habiendo recobrado la enferma su salud normal á las pocas semanas y persistido en ella desde hace año y medio.

Este caso demuestra, como muchos otros, la facilidad con que los síntomas subjetivos, suministrados por el enfermo, pueden hacer desviar la atención del médico del punto verdaderamente afecto, y como pueden también las afecciones colecistíticas evolucionar sin grandes trastornos por parte del hígado y afectando un cuadro eminentemente gastropático.

Veamos en qué ha de consistir esa exploración.

Si la laparotomía exploradora, como ya hemos indicado antes, se limita á practicar una incisión en el sitio más adecuado á las sospechas del caso, con todas las precauciones de la más rigurosa asepsia, separando con ganchos romos los bordes de la incisión y examinando *de visu* los órganos que espontáneamente se presentan á la vista, sin tocarlos, ó tocándolos lo menos posible, con manos asépticas, pero sin despegar adherencias, extraer órganos, ni producir en ellos insulto de ninguna clase,.. bien puede asegurarse que esa exploración es absolutamente inocua y que el enfermo más pusilánime puede someterse á ella sin temor ni á los sufrimientos ni á peligro de muerte ninguno.

Por desgracia esa forma de laparotomía, que podríamos llamar *simple*, sólo en muy raras ocasiones nos permitirá formarnos concepto del estado real de los órganos profundos. Es preciso que exista una alteración muy superficial y que alcance la región anterior de los que caen bajo la incisión, para que podamos apreciarla, y en un caso de ese género raro será que no se hiciera ya la lesión más ó menos perceptible, anteriormente, al examen verificado á través de las paredes abdominales, generalmente delgadas y flácidas en esos enfermos extenuados por el hambre.

En la mayor parte de los casos nos será preciso, pues, practicar una exploración mucho más complicada y detenida, y por poco que existan verdaderas alteraciones algún tanto ocultas ó profundas, será lo más probable que sólo consigamos formarnos un concepto claro y exacto del estado de los órganos, después de haber llegado á sus partes más profundas por una serie de manipulaciones á través de las superficiales, que complican considerablemente la situación y hacen, de una verdadera exploración quirúrgica. una intervención abdominal con todos sus peligros y contingencias.

Creería faltar á la verdad y á los más fundamentales deberes de la conciencia, si no hiciera *todas* las salvedades que preceden, al aconsejar una laparotomía exploradora en un caso de afección gástrica indiagnosticable.

Podrá acontecer que una simple inspección, enteramente inocua, baste á aclarar el juicio diagnóstico, en los casos en que el estado normal de las partes fácilmente accesibles permita llegar fácilmente á las que se hallan detrás... pero no hay que contar gran cosa con esa feliz contingencia, y lo más probable es que

nos veamos obligados á hacer una verdadera *perquisición* de toda la zona infradiafragmática, á través de órganos superficiales más ó menos adherentes entre sí, para poder excluir ó demostrar la existencia de una alteración somática causante de los desórdenes.

Alguno de nuestros colegas en Cirugía, de la competencia y autoridad de nuestro antiguo amigo el *Dr. Hartmann* de París, por ejemplo, erigen el principio de que, en la exploración abdominal, el lema debe ser *ó todo ó nada* (31) y nosotros creemos también con el Dr. Maylard, de Glasgow, que cabe perfectamente verificar un examen detenido y completo del estómago, en los casos dudosos, y que en ese examen debe explorarse el órgano en toda su superficie exterior, y si no basta, en su superficie interna, por medio de una incisión de gastrotomía, á través de la cual puede iluminarse directamente ó con el auxilio de un reflector y un espéculum toda la superficie de la mucosa gástrica (32). Sólo por este medio será posible descubrir la presencia de ciertas exulceraciones superficiales, á veces muy dolorosas, y que no presentan endurecimiento suficiente en su base para ser percibidas por el tacto en la cara externa del estómago (33).

Pero en la inmensa mayoría de los casos, las cosas no habrán de llegar tampoco á ese punto, sino que ya *el examen de la víscera y de sus más próximas relaciones* nos ilustrarán lo suficiente para dirigir nuestra ulterior conducta, y es más que probable también, que de cada tres veces, dos por lo menos, hallaremos lesiones endogástricas, perigastríticas ó colelitíacas, que exigirán sobre la marcha y en la misma sesión la práctica de una operación liberadora ó paliativa.

Las indicaciones que emanan del cuarto grupo de enfermos, serán, pues, menos precisas y concretas que las de los tres primeros; pero creemos que precisamente en esa clase de gastropatías es donde ha de aumentar más considerablemente el número de

---

(31) HARTMANN: XIII[e] Congrès international de Médecine, París 1900, p. 710.

(32) MAYLARD, de Glasgow: *The value of early exploratory operations upon the stomach, ect. XIII* Congrès international, p. 615, TERRIER et HARTMANN: *Chirurgie de l'estomach.* París 1899, p. 30.

(33) DIELAFOY: *Exulceratio simplex. L'intervention chirurgicale dan les hématèmeses foudroyantes consecutives á l'exulcération simple de l'estomac.* Bull. de l'Acad. de Méd., París, 1878, p. 49.

intervenciones. y que sólo así se conseguirá descubrir en sus primeros periodos un gran número de enfermedades, sobre todo neoplásicas y malignas, del estómago, cuya pronta, oportuna y total eliminación aumentará considerablemente también el número de los enfermos radicalmente curados del cáncer del estómago por la intervención quirúrgica.

En cuanto al número indiscutiblemente escaso de enfermos, en los cuales la laparotomía exploradora no descubrirá lesión ninguna material ó somática, creemos firmemente que, procurando evitar todo peligro serio como resultado directo de la intervención exploradora, no reportarán de ella sino positivos beneficios, pues podrán someterse entonces á un tratamiento médico y dietético con el ánimo tranquilo y sosegado, libre ya de la cruel zozobra de la duda, que se inclina siempre á creer lo peor.

Hemos llegado, señores, al final de la parte verdaderamente médica de nuestro trabajo, que es la de las indicaciones quirúrgicas, indicaciones cuya primera idea, harto lo comprenderéis, debe nacer en el juicio sereno é imparcial del médico de cabecera, y no, como generalmente ha venido sucediendo hasta hoy, en la desesperación y en el escepticismo del enfermo, adquirido á sus expensas, después de una larga é infructuosa peregrinación por los gabinetes de consulta.

Permitidme ahora cuatro palabras sobre la parte especialmente quirúrgica, que es la que ha de llenar aquellas indicaciones.

Es decir, veamos en primer lugar, á modo de resumen, cuáles son las operaciones practicables técnicamente y las indicaciones que puede cumplir cada una de ellas.

Y, en segundo lugar, cuáles los peligros inherentes á todas ellas, ó á la Cirugía gástrica en general, y á sus principales formas en particular.

Los recursos quirúrgicos, ó sea las diversas formas de intervención que hoy por hoy podemos ofrecer para cumplir las indicaciones del médico, son los siguientes:

1. La gastrotomía.
2. La gastrostomía.
3. La divulsión digital del píloro.
4. La piloroplastia.
5. La sección subserosa del esfínter.
6. La gastroplastia y gastroanastómosis.

7. La gastroplicacio ó plicatura del estómago.
8. La gastropexia.
9. La gastrolisis.
10. La gastro enterostomia en sus diversas formas
11. La pilorectomía.
12 La gastroectomía, parcial ó total.
13. La exclusión del píloro.
14. La yeyunostomia.

Resultaría enteramente inútil, dirigiéndome al ilustrado Concurso que me hace el honor de escucharme, entrar en descripciones detalladas de cada una de esas operaciones.

Todos las conocéis perfectamente.

Pero, como durante la rápida exposición que precede, no me ha sido posible tampoco estudiar una á una, ni siquiera citar, las enfermedades del estómago que exigen ó pueden exigir una intervención quirúrgica, sinó que las he reunido en cuatro grupos, atendiendo al carácter común de la indicación, me será más fácil examinarlas ahora de paso y con motivo de esas operaciones.

1. La *gastrotomía* ó abertura simple del estómago seguida de sutura puede cumplir tres indicaciones principales:

1.° La exploración del interior del estómago por el tacto ó por la iluminación directa y el espéculum.

2.° Extracción de cuerpos extraños

3.° El tratamiento de ciertas estrecheces del cardias.

Es una operación relativamente benigna: sus indicaciones poco frecuentes.

2. La *gastrostomía*, ó producción artificial de una fístula gástrica, era una operación detestable hace algunos años, por la dificultad de mantener en buen estado los bordes cutáneos y proximidad de la abertura fistulosa, sometidos á la acción digestiva de los jugos gástricos; pero es hoy una excelente operación, gracias á las importantes modificaciones introducidas en su técnica por *Frank*, *Witzel*, *von Hacker*, *Kocher*, *Hartmann* y otros. Cumple las indicaciones siguientes:

1.° Hacer posible de un modo permanente y definitivo la nutrición, en los casos de obliteración infranqueable del cardias (obstrucción ó estenosis total, consecutiva á úlceras producidas por la ingestión de cáusticos) ó prolongar temporalmente la vida en el cáncer del esófago.

2.° Permitir el tratamiento de las estrecheces del esófago ó

del cardias por el método llamado de la sonda sin fin (*v. Hacker, Socin*).

3.° En el procedimiento de gastro-enterostomía propuesto por *Rutkowski* y *Witzel* (34) facilitar la inmediata alimentación del paciente.

3, 4 y 5. La *divulsión digital del píloro*, de *Loretta*, y la *piloroplastia* de *Heineke* y *Mikulicz*, así como la *sección subserosa del esfínter*, tienen por objeto exclusivo ensanchar la abertura pilórica estrechada, y aunque sumamente geniales é interesantes las tres, exigen, como condición precisa de éxito, cierta integridad, movilidad y flexibilidad de la región pilórica, que falta las más de las veces, por lo que les ha sido generalmente preferida la gastro-enterostomía. Merecen sin embargo ser tenidas muy en cuenta, para utilizarlas, como intervenciones más benignas que aquélla, en los casos favorables.

6. La *gastroplastia* y la *gastro-anastómosis* tienen su indicación exclusiva en los casos, relativamente raros, de estómago bilocular, ya sea congénito ó adquirido por retracción cicatricial de una extensa ulceración gástrica; pero no bastan muchas veces á obtener la desaparición de los trastornos funcionales, sobre todo cuando la porción inmediata al cardias y al gran fondo se halla mucho más dilatada que la prepilórica, que es lo más frecuente.

7 y 8. La *gastroplicacio*, ó plicatura del estómago, y la *gastropexia* se aplican á los casos de *ptosis* estomacal exagerada, con enorme dilatación de la víscera, y recordamos un caso de nuestra práctica en que el resultado fué excelente, pero con la adición de la gastro-enterostomía. Sin el establecimiento de esta nueva y fácil comunicación gastro-intestinal, la gastropexia puede dificultar considerablemente los movimientos del estómago y hacerlos dolorosos, exigiendo de su contractilidad un esfuerzo superior á sus escasas fuerzas, para vencer el enorme recodo que puede quedar al nivel del píloro, por lo cual creemos que, en la mayoría de los casos de gastroptosis muy baja con gastroectasia, es preciso acudir desde luego á la gastro-enteros-

---

(34) MAX RUTKOWSKI: *Zur Technik der Gastro-enterostomie*, Centralblatt für Chirurgie 1900, p. 1057 y sig.

WITZEL u. HOFFMANN: *Die Gastroenterostomosis, Gastrostomosis und ihre Verbindung zur Gastroenterostomie*. Deut. med. Wochenschr. 1900, 20-21.

tomía, asociándole ó no la gastropexia alta, y si fuera preciso, la gastroplicatura, para coadyuvar por el acortamiento de las fibras musculares, enormemente distendidas, al restablecimiento de su actividad contráctil.

9. La *gastrolisis* puede ser una operación excelente, inocua y útil, pero puede fácilmente también resultar peligrosa é inútil según el grado, extensión y antigüedad ó resistencia de las adherencias perigastríticas que hayan de desprenderse. Nosotros la hemos practicado alguna vez con buen resultado, pero también hemos visto reproducirse las adherencías en algún caso y obligarnos á una segunda laparatomía, en la cual hemos podido convencernos, por la abertura del estómago y su exploración digital, de que la nueva comunicación producida por la gastro-enterostomía era perfecta y que los recientes sufrimientos del enfermo eran puramente debidos á las nuevas adherencias. Por ese motivo creemos que si las citadas adherencias, por lo regular de origen perigastrítico ó peri-colecistítico, presentan cierta extensión y resistencia, es preferible no tocarlas y proceder desde luego al establecimiento de una buena anastómosis gastro intestinal en el punto más favorable á la forzada posición y relativa inmovilidad del estómago.

Fácilmente se comprende, en efecto, que las superficies más ó menos cruentas y desprovistas de epitelio, que quedan al desprender las adherencias antiguas, son extremadamente abonadas y aptas al desarrollo de nuevos procesos irritativos é hiperplásicos, que acaban por la formación de tejido conjuntivo cicatricial y dan fácilmente origen á nuevas y quizás peores deformaciones y fijaciones del estómago ó de su porción pilórica.

10. *Gastro-enterostomía.* Es esta, en nuestro concepto, y hasta la hora presente, la operación más terapéutica de toda la cirugía gástrica; pues aunque las extirpaciones parciales y totales del píloro y del estómago parecen mucho más radicales á primera vista y mucho más brillantes en el concepto puramente técnico y quirúrgico, llevan consigo el defecto original de su carácter mutilante y de sus indicaciones transitorias, pues ya hemos dicho que el ideal lógico de la terapéutica del cáncer, no es ni puede ser la extirpación del órgano canceroso, sino la detención y retrogresión del proceso y la restitución de las partes enfermas á su estado normal, resultado en favor del cual, aunque muy remota todavía, parece ofrecer alguna esperanza el mo-

dernísimo tratamiento del epitelioma cutáneo y del lupus por la acción intersticial é íntima y profunda de los rayos X, así como de la luz eléctrica en experimentación en gran escala en el *Instituto Finsen* de Copenague, y de cuyos resultados hemos podido observar nosotros mismos algún ejemplo, por demás interesante, procedente del Gabinete radiográfico de los *Sres. Comas y Prió*, de Barcelona (35).

En nuestro concepto, pues, la operación que nos ocupa, la gastro enterostomía, constituye una adquisición definitiva para la terapéutica (con los mismos derechos que la herniotomía, la cistotomía, la traqueotomía, etc.), porque, por mucho que progrese la ciencia médica y el arte de curar, es más que probable que no llegará nunca á evitar en absoluto, y en todos los casos, la producción de obstáculos mecánicos definitivos á la evacuación del contenido gástrico por su vía natural, ya que, dentro de las leyes orgánicas conocidas como inmutables, el tejido de cicatriz, que ha de constituir forzosamente la curación de toda úlcera algo profunda, aunque perfectamente sano y normal, tiene propiedades intrínsecas de retractilidad é inextensibilidad, que hacen imposible, ó por lo menos inconcebible hoy por hoy, su sustitución natural por tejido flexible y elástico, y por consiguiente del todo imprescindible la adopción definitiva de un método que permita sortear la dificultad, estableciendo una nueva vía, en sustitución de la antigua curada ya pero inservible!

La gastro-enterostomía es, pues, la más importante de las modernas operaciones de la Cirugía gástrica y á la que puede pronosticarse una vida más duradera, por no decir definitiva y perpetua.

Ya hemos ido viendo que sus indicaciones son sumamente numerosas y descansan principalmente en el *trípode sintomático* que también podría calificarse de *síndrome pilórico funcional*, constituído por los *vómitos*, la *retención gástrica* y el *dolor persistente* y tenaz. Unas veces domina el cuadro patológico la retención y el vómito, otras el dolor, pero raro es el caso en que

---

(35) Caso presentado á la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, en la sesión del 3 de Febrero de 1902, cuyos detalles pueden consultarse en la publicación de que fué objeto:

C. Comas y A. Prió: *Un caso de epitelioma de la cara curado con los rayos Röntgen*, Barcelona 1902, con dos láminas.

no se presentan esos tres síntomas cardinales, en un período ú otro de la evolución de la enfermedad.

Veamos, pues, la lista de esas indicaciones de la gastro-enterostomía.

Dominan principalmente la retención y el vómito en los casos siguientes:

1.° Estenosis permanente y benigna del píloro; 2.° estenosis malignas; 3.° estrecheces ó estenosis congénitas; 4.° estenosis accidentales, producidas por hemorragias submucosas ó prolapso de pliegues ó excrecencias poliposas de la mucosa misma; 5.° perigastritis extensas, nó susceptibles de ser curadas por la gastrolisis; 6.° dilataciones gástricas de origen extrínseco, ó sea producidas por la compresión de tumores del higado, pancreas, vejiga biliar, etc., y que no pueden hacerse desaparecer de otro modo; 7.° el estómago bilocular ó en forma de reloj-de-arena; 8 ° la dilatación general aguda de *Boas* y *Mayo Robson* (36); 9.° la gastroptosis extrema, con dilatación.

Predomina el dolor, existiendo ó no la retención y el vómito, en los casos siguientes:

10. En la úlcera gástrica simple, aguda ó crónica, no extirpable; 11, en la úlcera del duodeno; 12, en el cáncer prepilórico y de la corvadura menor, no extirpable; 13, en el cáncer del duodeno; 14, en el espasmo persistente del píloro, en la enfermedad de Reichmann; 15, en algunos casos de hiperclorhidria tenaz; 16, en la gastralgia persistente y espasmódica; 17, en la tetania de origen gástrico (37); 18, en la pancreatitis secundaria debida á úlceras gástricas muy extensas; 19, en ciertos casos de ictericia por alteración de las vías biliares; y finalmente 20 y 21, en las hemorragias que se presentan repetidamente en el curso de la úlcera simple y del cáncer.

De esas 21 indicaciones, algunas no necesitan diagnóstico exacto siquiera, pues como ya hemos dicho, en todos los casos de desnutrición profunda por intolerancia ó impermeabilidad absoluta del píloro, la gastro-enterostomía constituye una *opera-*

---

(36) Boas: *Ueber acute Magendilatation* Deut. med. Woch. 1894, núm. 15.

Mayo Robson and. Moynihan: *Diseases of the stomach*, London 1901, p. 210 y 215.

(37) Trevelyan: *Gastric tetany*. The Lancet, 1898, II, p. 791.

Mayo Robson: *loc. cit.* pág. 206.

ción de urgencia, para nosotros, con los mismos títulos y derechos que la herniotomia. Los enfermos de este tipo, con un aparato gastro-intestinal perfectamente útil todavía, á veces excelente y que no desea más que absorber y nutrir, se mueren literalmente de hambre y *de sed*, porque el estómago, convertido por la distensión en un saco inerte, no absorbe ni el agua... y la operación resuelve instantáneamente el problema y restablece el paso de los alimentos con la misma brillantez que el desbridamiento de la herniotomía resuelve el conflicto de la estrangulación herniaria.

En otros casos menos claros, conviene fijar el diagnóstico hasta donde ello sea posible, y sobre todo estar seguro de que se han agotado los medios racionales de tratamiento médico, cuando existen.

Demostrado, pues, que la gastro enterostomía es la operación más salvadora é importante de la cirugía gástrica, importa sobre manera conocerla en sus menores detalles y no sólo bajo el punto de vista técnico ó quirúrgico, sino bajo el de sus resultados remotos y definitivos, y el de los peligros á que, en cambio de los beneficios que ofrece, puede exponer á los pacientes.

No podemos ni queremos entrar aquí en cuestiones de técnica; pero como no hay duda que de ella depende, naturalmente, en una proporción muy considerable, la benignidad ó gravedad de la operación; nos permitiremos sólo dejar sentado que la gastro-enterostomía es hoy una operación benigna, gracias al conocimiento adquirido de los escollos que hay que evitar y de las condiciones que hay que asegurar en su realización.

Es indispensable que el enfermo no se halle excesivamente exhausto y deprimido, pues en toda intervención quirúrgica, por perfecta é inocua que sea, hay que poder contar con cierto grado de energía por parte del paciente, para que la naturaleza coadyuve y complete lo hecho por el arte.—Nada más difícil, sin embargo, que esa apreciación acertada y exacta de las fuerzas de resistencia de un paciente. Hemos operado enfermos esqueléticos, que han soportado divinamente la operación y se han repuesto rápidamente, como si nada se les hubiera hecho, pidiendo de comer á las pocas horas y realizándolo á la perfección á los pocos días; y hemos visto morir colapsados á otros, de apariencia mucho menos caquéctica y tras operaciones de cortísima duración y en las que no habían perdido 10 gramos de sangre! Pero esa misma dificultad de apreciar el momento en

que el enfermo pierde de un modo irreparable sus energías vitales, deberá ser un motivo más de convicción y de conciencia, para que el médico no le permita llegar á esos períodos extremos y le aconseje la intervención en hora propicia y oportuna.

La más absoluta asepsis es la segunda condición del éxito; la rapidez de ejecución del acto quirúrgico es otro factor importante, tratándose de enfermos siempre deprimidos; y la fácil permeabilidad de la comunicación fistulosa, el objetivo final.

Aunque se ha discutido mucho respecto al punto de elección para el establecimiento de la anastómosis, creemos, en virtud de los experimentos de *Kelling*, de sus razonamientos y de nuestra propia experiencia, que el punto de implantación del intestino es mucho menos importante que el *modo y forma* de verificarlo, y que, partiendo del hecho de que es indispensable un cierto grado de contractilidad de las paredes del estómago, pues sin ella la misma tendencia existirá á la penetración del contenido intestinal en el estómago que á la del estómago en el intestino; lo importante es que la nueva abertura de salida no oponga al paso del contenido gástrico una resistencia que fatigue ó agote las escasas fuerzas de la víscera, al menos durante su convalecencia.

No podemos aceptar en manera alguna, como hacen algunos (38), que después de practicada la gastro-enterostomía retrocólica posterior por ejemplo, el contenido gástrico deba vaciarse en el intestino por la simple acción de la gravedad.

Ni lo que conocemos científicamente sobre las funciones motoras del estómago, ni los resultados de la experimentación, ni la propia experiencia permiten aceptarlo así, y en nuestros mismos operados de marcha normal y resultado correcto, el

---

(38) Doyen, á quien corresponde el mérito indiscutible de ser el primero que ha llamado la atención sobre la importancia del espasmo del píloro y de su estrechez permanente en la patología dolorosa del estómago, comete en cambio, según nuestro modo de ver, el error de considerar demasiado el estómago como un saco inerte, y de atribuir por consiguiente demasiada importancia á la acción de la gravedad (a) en el vaciamiento del estómago ó el paso de los alimentos desde él al intestino. Compárese nuestra nota 12, pág. 19 de este trabajo.

(a) Doyen: *Traitement chirurgical des maladies de l'estomac,* París 1895, págs. 22, 23, 66, 68, etc.

doctor Rusca ha podido comprobar que las substancias alimenticias no pasaban, inmediatamente de ingeridas, del estómago al intestino, sino que permanecían en el primero un cierto tiempo y se vaciaban gradualmente en el yeyuno.—Y si no fuera así, los resultados funcionales de la gastro-enterostomía dejarían mucho que desear, (39) pues el intestino no podría nunca acostumbrarse á recibir impunemente y de una vez los materiales ingeridos y sin previa elaboración estomacal (40).

¿Puede aceptarse, en virtud de esos hechos, que se desarrolla en el nuevo píloro una especie de esfínter?

No nos atrevemos á afirmarlo, pero tampoco lo negaríamos con la seguridad con que lo hace Kelling. Los pocos enfermos

---

(39) Indudablemente que si, en los enfermos operados de gastro-enterostomía, los alimentos no hicieran más que pasar por el estómago *como por un embudo*, sin detenerse en él, como podría deducirse de las afirmaciones de *Doyen*, la digestión sería sumamente defectuosa en dichos operados, pues todo el producto de la secreción gástrica excitada por los reflejos gustativos, que es enorme, pasaría al intestino sin tener apenas tiempo de mezclarse con los alimentos y desacidificarse siquiera parcialmente.

Afortunadamente no es así, y en nuestros operados de gastro-enterostomía retro-cólica, el *Dr. Rusca* ha podido comprobar que el estómago *retiene* los alimentos ingeridos, los *digiere* y los *evacua* en el intestino de un modo paulatino. Una exploración con la sonda dos horas después de la ingestión de la comida de prueba de Ewald, retira todavía más de 200 gramos de líquido y masa quimácea.—Análogas observaciones se han hecho por *Kelling*, *Roux*, *Hortmann* y muchos otros.

(40) Podrá alegarse, contra esa afirmación nuestra, que en los enfermos que han sufrido la extirpación total del estómago el intestino tiene que acostumbrarse, y se acostumbra, á recibir los alimentos directamente y sin previa digestión estomacal; pero hay que tener en cuenta que, en esos casos en que falta totalmente el estómago, falta también por completo la secreción abundante de los jugos gástricos fuertemente ácidos, lo que suprime ya una poderosa causa de irritación intestinal, y el intestino verifica la digestión total de lo ingerido, gracias á la acción sustitutiva de los tres fermentos pancreáticos y con tal que se guardan ciertas precauciones, consistentes en no ingerir de una vez cantidades demasiado considerables de alimentos, sino procurar aumentar el número y disminuir la abundancia de las comidas, precauciones que no tienen que observar nuestros operados de gastro-enterostomía.

que hemos tenido ocasión de observar en una segunda intervención, no lo presentaban, pero llevaban todavía poco tiempo desde la creación del nuevo píloro. No creemos, sin embargo, que las fibras musculares que rodean la anastómosis, dejen de oponer, una vez normalizada su energía natural, cierto grado de resistencia tónica al paso de los materiales, que hará del nuevo píloro, algo más orgánico y fisiológico que un simple agujero inerte de comunicación entre el estómago y el intestino.

El estudio de los bellísimos trabajos de fisiología y fisio-patología experimental verificados en estos últimos años (41) nos apartaría demasiado de nuestro terreno propio; pero sin salirnos de él, la pura experiencia clínica nos enseña que son muchos los operados de gastro-enterostomía que viven una vida normal y enteramente fisiológica, entregados diariamente á sus ocupaciones habituales y hasta sometidos á pequeñas transgresiones de régimen inevitables, sin la menor alteración funcional debida á la nueva vía abierta por nosotros.

El progreso consiste, sin embargo, como se comprende, en obtener un resultado que se acerque todo lo posible al modo de ser normal y fisiológico del aparato gastro-intestinal, y en este concepto es claro y evidente que la nueva comunicación, el nuevo píloro, debe acercarse en lo posible á las condiciones normales del antiguo. Si la ulterior experiencia nos demuestra que el nuevo método de gastro-duodenostomía propuesto por *Kocher* (42) no es ni mucho más dificultoso y prolongado en su realiza-

---

(41) Véase la nota 28 de la página 35, de este trabajo.

(42) Sabemos por testigo presencial (a) que al profesor *Mikulicz* practica frecuentemente y con notable éxito la *gastro-duodenostomía lateral, de Kocher*, de que nos hemos ya ocupado (véase nota 13, página 20 de este trabajo), pero el nuevo método es todavía demasiado reciente para poder juzgar de su superioridad real por los resultados definitivos; las operaciones que ha visto practicar el *Dr. Cardenal* (hijo) á Mikulicz lo han sido en el mes de Febrero próximo pasado, en Breslau.

Schnitzler, de Viena, ha publicado también cinco casos operados por el mismo método (b): los tres primeros tuvieron un curso y resul-

---

(a) Comunicación oral del *Dr. León Cardenal.*

(b) SCHNITZLER: *Zur gastro duodenostomía lateralis.* Centralblatt für Chirurgie, 1903, pág. 287.

ción, ni más expuesto á recidivas por su proximidad al antiguo píloro enfermo, nos parece indudable que la anastómosis entre la porción prepilórica del estómago y la segunda porción del duodeno restablece la circulación gastro-intestinal en unas condiciones que dejan poco ó nada que desear, en cuanto á su analogía con las normales.

Todo lo que vamos diciendo sobre el estudio técnico y el perfeccionamiento funcional de la gastro-enterostomía, claro es que tiene su principal trascendencia para los casos de afecciones gástricas, de naturaleza *no maligna*, en los cuales la operación tiene toda la importancia y el carácter de un medio de curación definitivo. En los casos en que, vencido ó sorteado el obstáculo mecánico, que constituía *toda* la dolencia, el enfermo puede vivir largos años si el nuevo píloro elaborado por nosotros funciona normalmente, es donde importa en grado máximo llegar á la perfección en todos los detalles que han de contribuir á que ese funcionalismo sea normal y perfecto. Fácilmente se comprende que, en los otros casos, de estenosis malignas endogástricas ó de compresiones de análoga naturaleza aunque perigástricas, en que la gastro-enterostomía no puede, desgraciadamente, suprimir el afecto mortal y se emplea únicamente como un medio paliativo de mitigar los sufrimientos y alargar la vida, haciéndola soportable por algún tiempo; la perfección definitiva del funcionalismo del nuevo píloro tiene mucha menor importancia, pues sus defectos, posibles todavía, son nada ante la marcha fatalmente mortal de la dolencia.

---

tado excelente; el cuarto sucumbió por insuficiencia de la sutura, lo que probablemente fué debido á que la inmovilidad del píloro obligó á practicarla en malas condiciones, y el quinto presentó síntomas de retención, lo que obligó al operador á repetir la laparotomía, á los ocho días de practicada la primera operación, y á verificar una nueva anastómosis gastro-yeyunal, por quedar un gran fondo de estómago á un nivel mucho más bajo que la primera anastómosis gastro-duodenal, lo que exigía, para el perfecto vaciamiento del estómago, un esfuerzo muscular superior al que eran capaces de realizar sus capas musculares distendidas. Este último caso no hace más que confirmar lo que nosotros hemos indicado ya de que el método de Kocher no debe aplicarse á los estómagos muy dilatados, descendidos y atróficos, en los cuales es preferible la gastro-yeyunostomía (véase pág. 22), como lo indica también el mismo Kocher. Además, Schnitzler fijó el duodeno á un punto muy central del estómago, lo cual es también un error.

11 y 12. En fin, Señores, el último tipo de intervención quirúrgica en las afecciones gástricas es el de la *exéresis*, ya sea ésta en su primera forma de excisión del píloro ó *pilorectomía*, ya en la de extirpación parcial y total, ó semitotal del cuerpo del estómago.

Es la *extirpación del estómago* una de las operaciones que más excitan hoy el interés de los cirujanos, y la gastroectomía total uno de los *desideratum* más codiciados de las estadísticas quirúrgicas.

La experimentación primero, desde el famoso perro de *Czerny* (43) y la experiencia después, sobre todo desde la conocida operación de *Schlatter* (44) han demostrado dos cosas: que

---

(43) *Czerny* y sus discípulos *Scriba* y *Kaiser* consiguieron la perfecta curación de un perro, al cual extirparon la totalidad del estómago en 22 de Diciembre de 1876 y que vivió más de *cinco años* en perfecto estado de salud, puesto que se le dió muerte, para estudiar las transformaciones de su aparato digestivo, en 1882 (a). El citado perro, que fué examinado y observado en varios laboratorios, entre otros por *Ludwig* y *Ogata* en Leipzig (b), pesaba antes de la operación 5850 gramos, al cabo de un mes descendió á 4490; pero á los diez meses había aumentado hasta 7000 gramos y cuando fué examinado por Ludwig presentaba todo el aspecto de un animal perfectamente sano y vivaz y comía y digería como cualquier otro perro.

(44) La extirpación total del estómago practicada por *Schlatter* en la clínica de *Krönlein*, en Zürich, en 7 de Septiembre de 1897, es indudablemente la primera operación de esa clase del todo auténtica y de la cual han podido conocerse todos los detalles, tanto los referentes á la operación en si, como á sus consecuencias inmediatas y remotas y al funcionalismo del aparato digestivo, tan profundamente modificado por la intervención.

La extirpación fué completa, pues en los límites de la pieza extirpada el profesor *Ribbert* comprobó la estructura del esófago y del duodeno. La anastómosis tuvo lugar entre el extremo inferior del esófago y el yeyuno, á una distancia de 30 centímetros del ligamento de Treitz, por delante del colon transverso, como en el método de Wölfler. El duodeno cerrado por la sutura en su extremidad gástrica. La neoplasia era un carcinoma glandular.

(a) KAISER: *Beiträge zu den Operationem am Magen.* in *Czerny*'s Beiträge zur op. Chirurgie, 1878.

(b) GAMGEE: *Die physiol. Chemie der Verdauung*, 1897.

el hombre, como los animales superiores, puede vivir *sin estómago*, y que la naturaleza es capaz, cuando le dan tiempo para ello, de adaptar las funciones digestivas al nuevo estado de cosas y de producir, en el tubo cilíndrico que sustituye al estómago extirpado, un cierto grado de dilatación, que se acerca, aunque de lejos á la formación de un receptáculo destinado á depósito temporal de los alimentos ingeridos, remedando así, aunque muy imperfectamente, las funciones mecánicas del estómago. Ambos hechos, bajo el punto de vista fisiológico, son de una importancia absoluta extraordinaria; bajo el punto de vista clínico sólo la tienen relativa, pues ya hemos repetido anteriormente que la extirpación de una víscera, de la importancia del estómago, no puede ser considerada como un ideal terapéutico definitivo ni mucho menos.

Pero también dijimos al empezar nuestro trabajo, que en el actual período histórico de la medicina, y mientras nos hallemos tan lejos como nos hallamos, según todas las apariencias, de la curabilidad histológica del cáncer, es preciso considerar la posibilidad de su extirpación completa como un recurso provisional de primer orden, y la extirpación del cáncer del estómago tiene por esa razón un lugar justificado y preeminente en nuestro arsenal de recursos quirúrgicos contra la más terrible de las afecciones del estómago.

Los resultados hasta ahora no han sido brillantes, porque no

La enferma vivió 14 mèses, falleciendo en esa época á consecuencia de la recidiva local y metastásica.

La observación minuciosa y continuada del funcionalismo demostró que la gastroectomizada digería perfectamente toda clase de alimentos, pues no sólo aumentó en poco tiempo (dos meses) cerca de 5 kilogramos de peso, sino que el examen químico y el microscópico de sus deposiciones demostraron también las transformaciones digestivas de los elementos ingeridos.

Consúltense para mayores detalles las dos publicaciones del autor (a).

(a) Schlatter: *Ueber Ernährung und Verdauung nach vollständiger Entfernung des Magens*. Beiträge zur klin. Chirugie 1897.—volumen XIX p. 757 y siguientes.

Schlatter: *Schlussbericht ueber einen Fall von totaler Magenextirpation*. Beitr. z. Kl. Ch. 1899. vol. XXIII p. 589.

pueden serlo nunca en una operación nueva, en el primer período de su aceptación; pero las más minuciosas y concienzudas observaciones comparativas entre la duración de los enfermos operados de cáncer del estómago y los tratados por la espectación (45) abogan en favor de la intervención, la cual alarga siempre la vida del paciente (una vez vencidos, naturalmente, los peligros de la operación) y sobre todo le procura un período, más ó menos largo, de relativo bienestar y en que el enfermo puede llegar á creerse curado.

La operación, como tal, no es ni tan difícil, ni tan peligrosa como parece á primera vista.

Nosotros hemos practicado una extirpación total del estómago y cinco que calificamos de semitotales. El enfermo de la primera se fué deprimiendo y falleció á las treinta horas, á pesar de que ni las dificultades de la operación, ni su duración, ni la pérdida de sangre fueron considerables, y yo creo ver la causa de esa muerte en el estado deplorable en que hubo de quedar el bazo, privado de sus vasos breves, habiéndose tenido que ligar los esplénicos englobados en la neoplasia y quedando aquella importante víscera colgando sólo de sus adherencias al diafragma. De los otros enfermos, ~~casos~~ cuatro soportaron perfectamente la operación, y tres de ellos han vivido muchos meses (uno vivía todavía á los 20) y yo lo creo debido en parte al procedimiento empleado por nosotros, que consistió en dejar solamente un tubo de estómago, formado por la gran tuberosidad suturada en cilindro, pero con la cual queda en relaciones normales el bazo, evitándose así la parte más grave, según nuestro criterio, de la operación total, que es el desprendimiento del bazo. En los cuatro casos que se curaron de la intervención, el duodeno se cerró por la sutura en su extremidad pilórica, y el yeyuno se anastomosó al extremo inferior del tubo formado por el resto de la gran tuberosidad gástrica. Las consecuencias de la intervención fueron enteramente benignas, y uno de los enfermos hacía sus comidas, al cabo de dos meses, con perfecta regularidad y en cantidades bastante considerables, sin sufrir molestia ninguna durante su digestión (46).

---

(45) KRÖNLEIN: Véase nota 19 en la pág. 26 de este trabajo.

(46) Esta enferma, en la que dejamos tan sólo la porción de gran tuberosidad del estómago indispensable para cerrarla por la sutura,

Pero el lado negro de la gastroectomía es, como todos sabéis, su recidiva. Nuestros enfermos la han sufrido todos, y es preciso que nuestros colegas internistas pongan un empeño especial en el *diagnóstico precoz* del cáncer del estómago, ó en la *aceptación sistemática* de la laparotomía exploradora á la primer sospecha, para que podamos llegar á formarnos un criterio fijo y sólido sobre la curabilidad definitiva del cáncer del estómago por la extirpación pronta y completa, curabilidad que nos inclinamos á aceptar como un hecho posible, en primer lugar, porque existen casos operados por Kocher, por Czerny, por Wölfler, Krönlein, Frank y otros, en que la curación persiste después de 8, 7, 6 y 5 años (47), y en segundo lugar, porque si

---

á modo de tubo cilíndrico, á cuyo extremo inferior anastomosamos el yeyuno (el duodeno fué cerrado por sutura en su extremidad pilórica) digería perfectamente todavía á los 6 meses de operada y nos aseguraba que apenas notaba diferencia ninguna apreciable, no sólo en la calidad de los alimentos sino en las cantidades, relativamente considerables, que podía ingerir en cada comida, por lo que se juzgaba radicalmente curada. Dos meses más tarde todavía digería bien y presentaba excelente aspecto general, pero se percibía ya por la palpación un nódulo profundo, probablemente de recidiva, al nivel de la región pilórica del duodeno. Posteriormente hemos tenido noticias poco detalladas, de las que sólo podía deducirse que la enferma sufría la repululación del cáncer, pero vivía todavía.

(47) *Mayo-Robson* ha podido reunir una estadística de doce casos de *gastroectomía total,* de los cuales cuatro murieron como resultado inmediato de la operación: de los otros ocho, el que menos vivió once meses y los demás 14, 17, 18 y hasta más de dos años sin accidente ninguno ni recidiva el de *Brigham*, de Boston. Como se ve, los resultados no son del todo malos para una operación en su primer período, y permiten augurarlos mucho mejores para lo sucesivo (a).

Los resultados son todavía mucho más halagüeños si se incluye en las estadísticas el gran número de operaciones practicadas, en que sólo se han dejado pequeñísimas porciones del cardias ó de sus inmediaciones, y que yo denomino *semi-totales*. De esta categoría ha publicado tres casos muy interesantes el *Dr. Ribera y Sans*, de Madrid, con dos éxitos duraderos (b), nosotros hemos practicado cinco veces la

---

(a) Mayo-Robson: loc. cit., pág. 303.

(b) Ribera y Sans: Revista de Medicina y Cirugía prácticas, Madrid, 1899, vol. XLIV, págs. 521, 601, 641.

nosotros los tenemos indudablemente curados de cáncer de la mama, del útero y de la boca, que datan de 16 y 18 años, no hay razón anatómica ninguna para que no pueda suceder lo mismo con el del estómago.

Lo importante, pues, en el estado actual de la ciencia, es acudir á tiempo y practicar, una vez seguros del diagnóstico, una extensa extirpación de toda la región afecta, de una buena zona de tejido sano de la periferia, y de los ganglios linfáticos peripilóricos, prepancreáticos y de la corvadura menor, hasta el cardias, que es donde los estudios anatómicos de Cunéo y Hartmann han demostrado que amenazan principalmente las recidivas.

Mas, conviene no empeñarse en practicar una gastroectomía en todos los casos en que la víscera se halla inmovilizada por adherencias, á través de las cuales es más que seguro que los linfáticos han transplantado ya la semilla de la recidiva. Estos casos son sumamente graves como operación, y de poquísima utilidad terapéutica, aún suponiendo que se venzan los peligros de la intervención, porque la recidiva, mejor dicho, la continuación del mal, se hace sentir ya antes de que el enfermo se restablezca del traumatismo quirúrgico. Es muy preferible, en ellos, limitarse á practicar una gastro-enterostomía en la zona libre más favorable, con lo cual se presta un verdadero servicio al enfermo sin exponerle á mayores peligros. Por desgracia, empero, hasta esa misma operación, en general tan benigna, lo es mucho menos en esos casos de cáncer que en los de estenosis no maligna del píloro, por lo menos si hemos de juzgar por nuestros resultados personales (48), en los cuales ha influído, como es na-

---

operación con tres curaciones temporales, y *Maydl*, *Kocher*, *Rydygier*, *Czerny*, *Rutherford Morison*, de Newcastle, y muchos otros los cuentan numerosos de curaciones persistentes.

(48) En nuestros operados de gastro-enterostomía por cáncer, los resultados no han sido tan regularmente satisfactorios como en los operados por estenosis benignas: la retracción del estómago dilatado por la retención, ha sido mucho menos manifiesta y en ocasiones nula, persistiendo entonces algo de retención, á pesar de las facilidades ofrecidas á la evacuación del contenido estomacal por la nueva abertura gastro-intestinal.

La tonicidad escasísima de las paredes estomacales y su casi nula contractilidad son las causas principales de esa retención parcial, que

tural, el corresponder al período de introducción de la Cirugía gástrica en España, y por consiguiente, el no haber recibido durante mucho tiempo, y aún apenas hoy, más que enfermos semi-agónicos, algunos de los cuales han fallecido en nuestras salas antes de tener tiempo de practicarles la operación propuesta.

En fin, antes de terminar este artículo, recordemos todavía que la *excisión parcial* del estómago y del píloro puede practicarse, con probabilidades de éxito muy superiores á los de los casos de cáncer ó sarcoma, en la úlcera simple del estómago que resiste á todo tratamiento y que se presenta lo suficientemente aislada ó aislable para permitir una buena extirpación de todo el grueso de la pared gástrica que le sirve de base, seguida de la perfecta sutura de doble plano. Los casos de este género son ya demasiado numerosos, para que haya de insistir aquí sobre la perfecta utilidad de su extirpación, que no debe tampoco aceptarse como *regla* en el tratamiento de la úlcera simple del estómago de marcha regular y tratable por los recursos médicos.

13 y 14. En cuanto á la *exclusión* del píloro y á la *yeyunostomía,* que podría calificarse también de *exclusión total del estómago,* fácilmente se comprende que sus indicaciones son sumamente limitadas, y los estados que las reclaman, deplorables.

La primera sólo tiene razón de ser en casos de ulceración maligna icorosa ó supurante, dejando si es posible, una fácil salida al exterior, y aislándola del estómago y el duodeno por la sutura, ó bien en casos de transformación fibrosa tal y de adherencias

---

da fácilmente lugar á fermentaciones y trastornos gastro-intestinales consiguientes. Sin embargo, hemos observado también algunos casos en que los efectos inmediatos á la operación han sido tan notables y satisfactorios como en los enfermos operados por estenosis benignas, hasta el punto de hacernos dudar si habíamos tomado por un carcinoma lo que sólo era una masa fibrosa consecutiva á una úlcera simple, hasta que el ulterior crecimiento del tumor, detenido al parecer en los primeros períodos, nos ha convencido de que nuestro primer diagnóstico era el exacto. Un sólo caso recordamos de un enfermo operado de gastro-enterostomía retro-cólica posterior, en Agosto de 1901, por un tumor de la región pílorica que sospechamos carcionomatoso, y que sin embargo sigue perfectamente (Marzo de 1903) habiendo desaparecido hoy por completo la masa tumoral, que á los 6 meses de la operación era todavía perfectamente perceptible.

tan molestas, que convenga dejar al estómago libre de ellas sin exponerse á una gastrolisis inútil y peligrosa.

La *yeyunostomía* es un recurso del cual puede echarse mano en casos de intolerancia absoluta del estómago, para dejarle una temporada en completo reposo. Puede curar tal vez al enfermo si se trata de un afecto no maligno. En casos de cáncer difuso de toda la víscera, inextirpable, y que ni siquiera deja espacio hábil para una anastómosis intestinal, puede también la yeyunostomía permitir la nutrición del enfermo por algún tiempo, pero es siempre un recurso extremo y de carácter aleatorio, que apenas merece nuestra consideración.

Réstame, señores, antes de terminar, indicar los peligros inherentes á las intervenciones quirúrgicas en las afecciones del estómago, peligros que forzosa y naturalmente han de influir de un modo poderoso en el ánimo del médico al formular la indicación operatoria.

Son estos peligros de dos clases; unos que comprenden los comunes á toda laparotomía en general, otros especiales á las intervenciones gástricas.

Los peligros inherentes á la laparotomía en general, apenas deben ocuparnos aquí. Los progresos de la asepsis, la perfecta preparación del enfermo, la rapidez en la ejecución del acto operatorio, la intervención del menor número posible de asistentes ó cooperadores y la supresión de toda substancia química que con su problemática acción germicida ejerce la tóxica sobre los epitelios peritoneales y sobre los leucocitos, rebajando su vitalidad y condiciones de defensa, han conseguido reducir los peligros de la laparotomía, en cuanto á abertura del abdomen y manipulación de su contenido, á un mínimum tan aceptable, que apenas merecería tenerse en cuenta al apreciar las probabilidades de salvación del enfermo, si no se sumaran á aquellos otros factores. Estos son los inherentes á la clase de intervención que motiva la laparotomía, ó sea, para nuestro objeto presente, las lesiones patológicas y operatorias del aparato gastro-intestinal.

Dentro de esta especialidad quirúrgica, es decir, en las operaciones sobre el aparato gastro-intestinal, los nuevos peligros que amenazan todavía al enfermo pueden ser *generales*, *locales* y *funcionales*.

La complicación general más temible en nuestro concepto, y

casi diríamos más frecuente en las operaciones de la zona abdominal infradiafragmática, es la *bronco-neumonia*; después la *intoxicación* posible por el derrame del contenido gastro-intestinal en el peritoneo. Esta última complicación puede, sin embargo, evitarse casi con seguridad por medio de una perfecta técnica, sobre todo practicando la operación todo lo fuera posible de la cavidad abdominal y en una zona enteramente protegida y aislada del resto por un taponamiento provisional minucioso con gasa estéril y blanda.

Pero la primera de las complicaciones citadas, la *bronconeumonía* no sabemos todavía como se evita de un modo positivo y seguro.

A nosotros nos infunde más temor esa complicación posible y taimada, de origen todavía tan obscuro, que la peritonitis séptica cuyo mecanismo de producción perfectamente conocido nos pone en situación de evitarla. Esta última complicación hace tiempo que apenas la vemos en nuestros enfermos gástricos, la neumonía, en cambio, nos ha hecho perder algunos de ellos cuando menos lo esperábamos. De modo que no ha dejado de causarnos gran sorpresa, leer en un trabajo reciente del señor *Mayo-Robson*, de Leeds, que no ha observado nunca que la neumonía sea una complicación más frecuente en los operados del estómago que en los que han sufrido cualquier otra intervención importante (49). Yo de mí se decir que en cerca de 600 laparotomías practicadas por las más diversas causas, pero principalmente ginecológicas, no recuerdo enfermo ninguno de neumonía, y sí, sólo tres ó cuatro de pleuresia, que han terminado por la curación; mientras que en un total de cerca de 60 (58 en números exactos) operados de estómago, he perdido *cinco* de bronco-neumonía, durante un curso por lo demás inmejorable, como en el último caso de ese género, que fué una gastro-ectomía bastante extensa (enferma del Dr. D. P. Esquerdo), sin la menor alteracion ni del pulso ni de la temperatura hasta el 5.° día, comiendo ya la enferma con apetito, digeriendo y evacuando á la perfección, empezando á reponerse y llegando hasta el fin sin el más mínimo síntoma de infección apreciable por parte de la cavidad abdominal.

---

(49) Mayo Robson: *An Adress on Gastro-enterostomy and its uses* etcétera, The Lancet. 1903. Feb. p. 572.

¿A qué puede atribuirse esa tendencia á las complicaciones neumónicas, de los operados gástricos?

Se ha atribuído á embolias capilares, á cierto grado de infección latente, á la absorción por aspiración de productos del vómito, á influencias endémicas ó epidémicas, etc., todo ello, en nuestro concepto, sin ningún fundamento sólido, por lo menos que establezca diferencia entre estas y otras intervenciones. *Roux*, de Lausana, considera como un factor importante cierto grado de impotencia inspiratoria y expiratoria, debida á la herida de la zona epigástrica (50) y *Kelling*, de Dresde, ve la causa en la penetración, en el espacio infra-diafragmático, durante el acto operatorio, de aire portador de gérmenes patógenos (51). Nosotros, que tenemos gran admiración por todos los trabajos de Kelling, no podemos aceptar esta explicación en presencia de nuestras observaciones propias, en las cuales los enfermos han llegado á la muerte sin el menor síntoma abdominal. No comprendemos, en efecto, como una infección verificada en la cara inferior, peritoneal, del diafragma, es capaz de producir á través de él nada menos que un proceso neumónico difuso, y no es capaz de producir, en cambio, el más ligero síntoma abdominal en ese peritoneo que ha servido de puerta de entrada, ni antes, ni durante la evolución del proceso torácico, persistiendo en la más completa normalidad el funcionalismo del estómago, que es precisamente la víscera operada y más fácilmente infectable si la infección penetra por la herida. De modo que nosotros nos inclinamos más bien á aceptar, como factor físico *predisponente*, la relativa impotencia ó insuficiencia respiratoria, debida al traumatismo de la zona epigástrica, y como elemento causal ó fuente de infección *determinante, la boca del enfermo*; pues no cabe duda que todos esos pacientes gastropáticos tienen lo que podríamos llamar una *mala boca*, por efecto de su mismo estado semicaquéctico, muy difícil de hacer aséptica, y presentan notable analogía en ese concepto con los enfermos de neoplasias bucales, aunque sean limitadas, en las cuales son también muy frecuentes y temibles las complicaciones neumónicas. Por ese motivo, en nuestros últimos operados hemos insistido, y pensa-

---

(50) Roux, en *Bourget et Roux: La gastro-entérostomie.* Monographies cliniques. N. 28. (1902 pág. 36.)

(51) Kelling: *Zur Frage der Pneumonie nach Laparotomien in der Nähe des Zwerchfells.* Münch med. Woch. 1900. p. 34.

mos insistir cada vez más, en la limpieza y asepsis previas de la boca, facilitada por todos los recursos del arte odontológico; y en los preceptos de *Roux* de hacer la herida abdominal todo lo baja posible y dar luego apoyo al diafragma por medio de un sólido y bien ceñido vendaje. El número de casos observados por nosotros es todavía demasiado escaso para demostrar la utilidad de esas medidas. Inútil que digamos, que debe evitarse, por poco que sea posible, el empleo del éter como anastésico.

La neumonía es, pues, el peligro ó complicación general más grave de los operados gástricos, pero tampoco debe exagerarse su frecuencia, y si nuestra estadística es algo negra en esè terreno (5 defunciones de 58 operados) no constituye tampoco un peligro suficientemente común para contraindicar la operación, sobre todo en los casos en que las vías respiratorias del enfermo están del todo íntegras y el estado de su boca y el general son aceptables todavía.

Los peligros ó complicaciones locales son debidos y varían con la clase de la intervención. Mucho menores, en general, cuando no llega á abrirse el tubo gastro-intestinal, como en la gastropexia, gastroplicacio, etc., operaciones en cambio poco seguras, aumentan con la profundidad de la intervención y pueden depender de una mala sutura (52), de una insuficiente he-

---

(52) Nosotros no hemos perdido enfermo ninguno por insuficiencia ó imperfección de la sutura; pero recientemente hemos perdido un caso por hemorragia, lo que no nos había sucedido anteriormente, que sepamos. Con mucha frecuencia, en la sección de la mucosa, sobre todo de la del estómago, dan sangre algunos vasitos arteriales. Generalmente el cuchillito del termo-cauterio con que practicamos la incisión basta para cohibir esa pequeña hemorragia, y cuando no, la compresión obtenida por la sutura de ambas mucosas da cuenta de ella: así por lo menos lo hemos observado en cerca de 60 casos, y sin embargo, en el caso citado, el vasito no debió ser suficientemente cogido por el punto de sutura correspondiente, ó se soltó de él. Lo cierto es que siguió dando sangre por lo visto y la enferma ya extremadamente deprimida, como todas las que vienen á nuestras clínicas con esas dolencias, fué colapsándose á pesar de las infusiones salinas, y, en la autopsia, hallamos una cantidad de sangre en el intestino, que aunque no muy considerable en absoluto, fué bastante para determinar la muerte de la extenuada enferma. Estos casos desgraciados enseñan indudablemente más que los felices, y probablemente en adelante no

mostasia, del esfacelo de una porción mayor ó menor de pared gástrica ó intestinal (53) por trombosis ú otra forma de obstrucción vascular, etc.; pero todos estos peligros, cuyo mecanismo y modo de desarrollo nos es perfectamente conocido, pueden y deben evitarse por el perfeccionamiento de la técnica y el redoblamiento de la atención.

No siempre es así con los peligros ó complicaciones, que hemos llamado funcionales, y que harto comprenderéis que se refieren al funcionalismo ulterior, inmediato ó definitivo, del aparato gastro-intestinal, en el nuevo estado de cosas creado por la más importante de las operaciones gástricas, que ya hemos dicho que es la gastro-enterostomía.

El accidente más temible, de esta clase, es el *reflujo* del contenido intestinal al estómago, denominado corrientemente *circulus vitiosus*, que suele todavía complicar y hasta inutilizar ciertas operaciones de gastro-enterostomía; viene después la posible formación de la llamada úlcera péptica, y en fin, es posible, aunque raro, que la falta ó modificación de los reflejos intes-

---

dejaré sin ligar ninguno de esos vasitos, que hasta entonces había considerado como poco importantes.

(53) En 1899 practicamos una pilorectomía muy extensa, en la cual hubo de desprenderse el tumor de íntimas adherencias contraídas con la porción central del mesocolon transverso. Temiendo por la vitalidad ulterior de la porción de colon correspondiente, no cerramos del todo la herida abdominal y dejamos al nivel del punto lesionado un taponamiento de gasa estéril. El enfermo se rehizo perfectamente de la operación; las funciones digestivas se verificaron bien, pero el colon transverso se esfaceló en una extensión de unos 10 centímetros, eliminándose una buena porción de él y quedando un ano accidental. En la imposibilidad de practicar una resección correcta, en un terreno ya tan alterado, nos decidimos por la *exclusión de todo el colon ascendente y transverso,* para lo cual anastomosamos la última porción del ileon al colon descendente cerrando el colon por encima de la anastómosis y fijando á la pared abdominal el otro extremo del ileon correspondiente al ciego. Gracias á esta nueva disposición, las materias intestinales pasaban por el ileon al colon descendente y al recto, y en cambio la porción de colon excluído podía lavarse y vaciar sus productos de secreción á través de la primitiva abertura fistulosa y de la nueva del ileon, que fueron paulatinamente reduciéndose. El enfermo vivió más de un año, pero murió al fin tuberculoso, aunque sin señales de recidiva.

tinales, principalmente secretorios, desluzca el resultado brillante de la operación.

La producción del reflujo intestinal agudo (*circulus vitiosus*) depende principalmente: ó bien de una *colocación defectuosa* del asa intestinal anastomosada al estómago, en virtud de la cual no se corresponde ó no resulta en la misma dirección la contractilidad peristáltica de ambas vísceras, ó se forma un codo más ó menos angular (espolón) al nivel de la sutura; ó bien de la desproporción entre la *abertura de comunicación* (abertura fistulosa formada) y el calibre del intestino, es decir, del exceso de pared circular de este que se comprende en la sutura, y que hace que el resto libre de pared intestinal se adapte sobre la abertura del estómago como una tapa, sin dejar espacio libre ó *luz* entre el nuevo píloro y la pared intestinal situada enfrente; ó bien de un acodamiento del asa eferente, favorecido por la torsión del yeyuno en el acto de la sutura, torsión en virtud de la cual se aplica ésta demasiado hacia el borde libre y cara opuesta del intestino; ó en fin, por falta absoluta de contractilidad gástrica ó por exceso de presión sobre el intestino por un tumor, brida, etc.

Estos defectos pueden en general evitarse multiplicando la atención en el acto operatorio y tratando de apreciar, lo que no siempre es fácil, si el intestino se halla en aquel momento en estado de relajación ó de contractura, lo cual puede hacer variar su diámetro de 1 á 3 (54).

El procedimiento de gastro-enterostomía epsiliforme de *Roux* y el de gastro-duodenostomía de *Kocher* parece que deben evitar en absoluto la producción del *circulus vitiosus*; pero tal pueden ponerse y complicarse las cosas, que aun con ellos se presente: dígalo si no el caso interesantísimo publicado por *Tavel* el año anterior (55), que exigió cinco laparotomías consecutivas, practicadas por operadores de primer orden, y en el que sólo se restableció de un modo perfecto el curso normal cuando se hubo dividido y cerrado el viejo píloro, resecado el asa aferente del yeyuno y anastomosado su extremo inferior á la eferente.

---

(54) Kelling: loc. cit., *Boas Archiv.* 1900, vol. VI, p. 467.

(55) Tavel: *Le Reflux dans la gastro-entérostomie.* Revue de Chirurgie 1901, vol. XXIV, p. 684.

Y es que, en efecto, el caso citado y otros demuestran que el fenómeno de la regurgitación ó reflujo del contenido intestinal al estómago, puede producirse por los cuatro mecanismos si guientes: 1.° porque el contenido duodenal *retrocede* al estómago á través del antiguo píloro todavía permeable; 2.° porque el contenido duodenal penetra en el estómago por el asa aferente de la anastómosis, á través de la abertura del nuevo píloro, en vez de seguir hacia el asa eferente; 3.° porque el contenido del estómago, al salir por el nuevo píloro, en vez de enfilar por el asa eferente, retrocede por la aferente hacia el duodeno y de éste penetra de nuevo en el estómago por el viejo píloro; y 4.° en fin, porque el contenido intestinal retrocede hacia el estómago (por la existencia de alguna brida ú obstáculo que obstruye el intestino más abajo de la anastómosis) y penetra en él por el asa eferente y la abertura del nuevo píloro, en cuyo último caso los materiales vomitados son, en vez de biliosos, más ó menos estercoráceos.

De estas cuatro formas, la más frecuente, la que constituye el tipo del llamado *circulus vitiosus* es la segunda: el enfermo regurgita, escupe y vomita sin cesar materias líquidas biliosas, y con la bilis, perfectamente tolerable, (56) penetra en el estó-

---

(56) Que la presencia de la bilis no produce alteración ninguna en el estómago, es un hecho del que estamos perfectamente convencidos por el resultado de nuestras observaciones.

En primer lugar, en los análisis practicados por el Dr. Rusca en nuestros operados de gastro-enterostomía de curso normal y funciones digestivas regulares, se ha hallado casi siempre una cantidad mayor ó menor de bilis mezclada con el contenido del estómago, cuya acidez excesiva, en los casos de hiperclorhidria, contribuía indudablemente á neutralizar. Este hecho ha sido igualmente comprobado por *Soupault*, que juzga por ello más bien útil que dañina la entrada de la bilis en el estómago (a).

En segundo lugar, hemos practicado durante el año último, en dos enfermos anteriormente operados de colecistostomía, la *colecisto-gastrostomía* por obstrucción completa del colédoco, y estos dos operados, en los cuales *toda* la bilis segregada, que antes se derramaba al exterior por la fístula abdominal (y alcanzaba diariamente de 750 á 800

(a) SOUPAULT: *Les dilatations de l'estomach*, París 1902, p. 75. HARTMANN et SOUPAULT: *Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie*. Revue de Chirurgie, 1899.

mago el jugo pancreático, que es el que acaba de hacer la situación enteramente insostenible. Cuando se ha presenciado una vez el desarrollo del *circulus vitiosus* y se ha visto, en la autopsia, la extremada facilidad con que puede producirse el pequeño acodamiento del intestino ó la ligera compresión inicial que constituye el *primer paso* en la cesación del equilibrio; y cuando se ha convencido uno de que, dado ese primer paso, es dificilísimo volver á encauzar las cosas en su curso normal; no puede menos de admirarse que el accidente que nos ocupa no se presente muchas más veces de lo que lo hace, y teóricamente ningún método de gastro-enterostomía, y apenas el de Y. de Roux, parece ofrecer garantías suficientes para evitarlo. Es sumamente difícil, sin embargo, juzgar en este asunto de un modo general, y afortunadamente los hechos clínicos demuestran que el método de gastro-enterostomía antecólica, como el retro-cólico, *sin entero-*

---

gramos), pasa ahora por el estómago, no experimentan por ella la más insignificante molestia.

Ambos gozan de una salud perfecta, comen, podríamos decir, con exceso, y verifican sus digestiones á las mil maravillas, habiéndonos asegurado uno de ellos que hacía más de 12 años que no se había sentido tan perfectamente como ahora. La operación de éste data ya de seis meses y la del otro de cinco (a).

El profesor *Hildebrand*, de Basel, acaba de publicar un trabajo dando cuenta de cuatro casos del mismo género (b) y que confirman nuestras afirmaciones, como los casos anteriores de *Terrier* (c), las observaciones de *Dastre* (d) y otros.

La entrada de la bilis en el estómago es, pues, tolerada y no produce trastorno digestivo ninguno.

No puede afirmarse otro tanto del jugo pancreático, sobre todo si no va acompañado de la bilis (e); pero como en la práctica esa separación de ambos jugos es rarísima, prescindiremos aquí de entrar en mayores detalles sobre una cuestión no del todo resuelta todavía.

(a) Estos dos casos serán presentados por nosotros en detalle al Congreso.

(b) Hildebrand: *Ein weiterer Beitrag zur Cholecystogastrostomie* Deut. Zeitschr. f. Ch. 1903 —LXVI p. 379.

(c) Terrier: *Un cas de cholecysto-gastrostomie.* Rev. de Chir, 1896, p. 169.

(d) Dastre: *Recherches sur l'action de la bile sur la digestion gastrique.* Archives de physiologie. París, 1890, II, p. 316.

(e) Chlumskij: *Uber die Gastroenterostomie.* Beiträge z. Klin. Chirurgie 1898, vol XX, p. 231.

anastómosis, han dado también verdaderas series de éxitos seguidos, sin el menor tropiezo y sin fenómeno de reflujo ninguno. Nosotros hemos pasado temporadas sin ver un caso de esa complicación, pero cuando ha vuelto á presentarse uno en nuestros operados, todo nos parece poco para evitarlo (57).

Repetimos, sin embargo, que los hechos demuestran que en

---

(57) En un caso observado recientemente por nosotros, en el que existían el dolor, los vómitos y la retención, se halló en la operación un tumor del tamaño de una manzana, que se extendía desde el píloro y la corvadura menor, por el omento gastro-hepático, formando una masa compacta que adhería fuertemente el estómago á la cara inferior del hígado. Se practicó la gastro-yeyunostomía de v. Hacker y todo parecía deber marchar perfectamente, pero persistieron los síntomas de retención y el vómito y la enferma sucumbió á las 60 horas con todo el aspecto del *circulus vitiosus*. A la autopsia pudimos ver que la muerte no había sido producida por ese mecanismo, sino por la rotura espontánea de un absceso que ocupaba el centro del tumor descrito (probablemente consecutivo á una antigua úlcera perforada) y que la operación resultaba en todo caso insuficiente ó inútil, por existir un verdadero septo intra-gástrico, que separaba la porción pilórica y prepilórica, del gran fondo estomacal. Este último era enorme y contenía más de un litro de líquido, y comunicaba con la porción prepilórica por una abertura á modo de diafragma, de unos tres centímetros de diámetro.

La forma biloculada de este estómago, apenas perceptible por su cara anterior, había escapado al examen verificado al abrir el vientre, y la anastómosis gastro-intestinal, practicada en la porción prepilórica, resultaba enteramente inútil, pues la retención tenía lugar, como es la regla, en la gran tuberosidad ó fondo del estómago enormemente dilatada como queda dicho.

Este caso enseña, como todos los casos desgraciados, y demuestra una vez más el escollo de la exploración. El temor de prolongar innecesariamente las maniobras exploratorias en esos enfermos tan profundamente deprimidos, hace que cuando se halla un tumor ó lesión patológica suficiente para explicar los fenómenos sintomáticos, se eviten todo lo posible nuevas y quizás inútiles manipulaciones, como es natural, y en cambio puede, como en el caso presente, hacer que pase desapercibida otra lesión de tanta importancia como la primera.

En este caso es muy probable que (prescindiendo de la rotura espontánea del absceso) si se hubiera descubierto la forma bilocular del estómago y su enorme cavidad izquierda, hubiera bastado practicar la comunicación gastro-intestinal al nivel de esa gran cavidad, en

estas últimas épocas y en manos de todos los operadores dedicados á esa especialidad, la terrible complicación que nos ocupa, aunque se presenta inopinadamente de vez en cuando, va siendo en general mucho más rara que en los primeros tiempos de la gastro-enterostomía.

Conviene, empero, que los cirujanos no olviden nunca la posibilidad de esa contingencia y procuren, por todos los medios que suministra la observación, la experimentación y la experiencia, llegar á la completa exclusión de aquel peligro.

En cuanto á los temores de que la fístula obtenida por la gastro-enterostomía, que debe cumplir en adelante las funciones de píloro, se cierre con el tiempo, los creemos poco fundados, pues el peligro apenas existe si se dejan los bordes de la abertura bien protegidos por una buena sutura de las dos mucosas gástrica é intestinal (58). En todo caso, la función es la mejor garantía de la existencia del órgano, por lo cual es conveniente convencerse de la completa impermeabilidad del antiguo píloro,

---

vez de hacerlo en la menor, para que la gastro-enterostomía diera un resultado funcional favorable, que no podía dar de otro modo

¿Pero será prudente, en cada caso, aun hallando fácilmente una lesión patológica importante, empeñarse en registrar todos los recodos del órgano, en busca de otra lesión concomitante enteramente eventual? He ahí el problema! Y sin embargo debería hacerse así, sobre todo en los enfermos de nuestros hospitales, que acuden á ellos *in extremis* y sin facilitar generalmente datos anamnésticos de ningún género!

(58) El *Prof. Roux* aconseja hacer, con este objeto, tres series de suturas, en vez de las dos que hacemos casi todos los demás (a) Es indudable que la tercera sutura que el profesor de Lausana añade y que comprende solamente los bordes de las incisiones de las mucosas gástrica é intestinal, conseguirá una más exacta coaptación de dichas mucosas, pero á pesar de la gran autoridad del autor citado nosotros no nos inclinamos á aceptarla, porque las tres series de suturas han de comprender una extensión mayor de pared intestinal que las dos y contribuir así á estrechar más la luz del intestino en el punto de la comunicación gastro-intestinal. Por otra parte, nosotros no hemos visto nunca fallar nuestras líneas de sutura, ni presentarse síntomas de estrechez en el nuevo píloro formado por la operación.

(a) Roux (de Lausanne:) *De la gastro-entérostomie.* Revue de gynecologie et de Chirurgie abdominale. París 1897, I. p. 67.
Bourget et Roux, loc. cit., p. 47.

ó como aconseja *Doyen*, cerrarlo por completo por medio de un par de puntos de sutura sero-serosa practicados por su cara peritoneal, á fin de obligar al nuevo á funcionar exclusivamente; pues nada es más favorable á su estrechamiento gradual que la supresión de sus funciones: en efecto, la experimentación ha demostrado que, por resultar innecesario, el nuevo píloro se cierra gradualmente si sigue funcionando el antiguo para el vaciamiento del estómago.

En cuanto á los trastornos de la digestión consecutivos al nuevo estado de cosas establecido por la gastro-enterostomía, es natural suponer que debían existir, y atribuirlos á la entrada directa y rápida de los materiales fuertemente ácidos del estómago, en el yeyuno, sin pasar por el duodeno, donde, según hemos visto, radican los reflejos que producen la secreción de la bilis y del jugo pancreático, que neutralizan aquella acidez. Afortunadamente, en la gran mayoría de los casos, las cosas no pasan así, y la experiencia ha demostrado, no sólo que la bilis segregada en abundancia, acude al yeyuno y neutraliza rápidamente la masa quimácea ácida, sino que parte del contenido estomacal, al salir del estómago, se extiende y retrocede también hacia el duodeno provocando allí los reflejos secretorios, y una parte también mayor ó menor de la bilis duodenal penetra en el estómago y empieza ya allí su acción neutralizante (59).

Pero hay más todavía, y nosotros mismos hemos podido comprobar en nuestros operados, según indicamos ya anteriormente, que los materiales ingeridos en el estómago no pasan por él, en los gastro-enterostomizados, como por un embudo, sino que se detienen un cierto espacio de tiempo durante el cual se verifica parcial ó totalmente su quimificación, y pasan al yeyuno de un modo gradual; y finalmente que el nuevo funcionalismo motor creado por la operación modifica muy notablemente, en los casos felices, la hiperclorhidria, que pudo ser uno de los motivos de nuestra intervención (60).

---

(59) Hartmann et Soupault, loc. cit.

Véase nuestra nota 56, pág. 66 de este trabajo.

(60) En efecto, en todos nuestros operados de curso normal y sin complicaciones, hemos podido observar, no sólo la completa cesación de los *dolores* y de los *vómitos*, como resultado inmediato de la fácil comunicación gastro intestinal; sino también una rápida disminución de la *acidez*, como resultado del reposo en que queda el estómago,

Pero no hay duda que esa transformación del estómago en una especie de embudo, en el que apenas se detienen las masas ingeridas, si no existe en los operados de gastro-enterostomía

---

comparado con la continua fatiga á que daba lugar la retención, y del cese de la irritación producida por el continuo contacto de las materias retenidas.

El efecto es tanto más notable cuanto más intensa y absoluta era la estrechez ó estenosis pilórica que motivó la operación, menos degenerada la fibra muscular de las paredes del estómago y más alto el coeficiente de acidez total.

En algunos casos, cuando la hipersecreción gástrica era tan abundante que alcanzaba á 600 y 800 centímetros cúbicos, con una acidez total de 6 y 7 por 1000 antes de la operación, la cantidad de orina excretada era entonces muy inferior á la normal y su acidez nula ó sumamente baja.

En todos esos casos, de los cuales podríamos relatar en detalle 31 con dilatación é hiperclorhidria, los efectos inmediatos de la gastro-enterostomía han sido el aumento muy considerable de la cantidad de orina excretada en las 24 horas, y sobre todo del coeficiente de acidez de dicha orina. Al mismo tiempo, la tenaz constipación de vientre, que casi siempre existía *antes de la operación*, ha cesado por completo y muchas veces ha sobrevenido *diarrea*, con verdadera *policolia*, debida, como se comprende, al restablecimiento y exageración de los reflejos secretorios producidos por la presencia de la masa quimácea, todavía ácida, en el intestino (reflejos casi nulos ó reducidos á su mínimum antes de la operación)

En todos los casos en que ha existido hipersecreción gástrica, esta ha desaparecido por completo á los dos meses después de la operación y algunas veces desde las dos primeras semanas. La acidez total ha bajado con la misma regularidad desde 6 y 7 por 1000 á tipos de 4 y 5 por 1000, con 2 á 4 por 1000 de ácido clorhídrico libre, reduciéndose casi siempre á los tres meses al tipo medio de 1 á 1 y medio por 1000 (a). A estos descensos rápidos de la acidez total, podían contribuir también las pequeñas cantidades de bilis que, como ya hemos dicho antes, (véase nota 56 pág. 66) se retiraban siempre del estómago con los líquidos extraídos.

En los enfermos dilatados por estenosis benignas y en los hiperclorhídricos *(hiperpépticos)* esos resultados han sido inmediatos, sorprendentes y duraderos (31 casos); en los neurósicos (2 casos) menos acentuados y constantes.

(a) Datos obtenidos por el *Dr. Rusca* en nuestro servicio de Cirugía del Hospital del Sagrado Corazón.

por anastómosis lateral (procedimientos de Wölfler, von Hacker, Kocher, etc.), es mucho más fácil que se produzca cuando la anastómosis es circular ó de extremo intestinal, y de aquí que en el procedimiento epsiliforme de Roux, que indudablemente es el que garantiza mejor la evacuación del estómago y evita con más seguridad el *circulus vitiosus,* es también más difícil el reflejo duodenal por retroceso y en el que el contenido gástrico pasa más rápidamente y menos desacidificado al intestino, y por consiguiente quizás, y á despecho de sus otras ventajas, el que más puede exponer al desarrollo de la úlcera péptica si no se hace algo por evitarla (61).

En los enfermos cancerosos é *hipopépticos*, como se comprende, los resultados, excelentes todavía bajo el punto de vista puramente mecánico ó de la evacuación del estómago, han producido la disminución y hasta cesación de los dolores y de los vómitos; pero no han podido modificar en igual proporción los trastornos secretorios de las túnicas gástricas profundamente alteradas.

En cuanto á los gastroectomizados, los resultados quedan expuestos en las notas 44 y 46 de la página 54 y 56 respectivamente.

(61) Según *Kelling* y muchos otros operadores, que han hecho análisis comparativos en ese sentido, la hiperacidez del contenido gástrico disminuye mucho menos, ó no disminuye apenas, en los gastroenterostomizados por el método epsiliforme de Roux, comparados con los operados por los otros métodos de anastómosis lateral, y se atribuye este hecho á la evacuación mucho más rápida del estómago por el asa intestinal anastomosada de punta y á la falta absoluta de retención del estómago y de entrada de la bilis en él, en los operados según Roux (a).

Ahora bien; en una visita reciente á la clínica de Lausana, el doctor Cardenal (hijo) manifestó al Profesor Roux haber tenido ocasión de observar, en Berna, dos casos de úlcera péptica en enfermos operados por su procedimiento, y el eminente Cirujano tuvo la amabilidad de manifestarle que, en su concepto, esa excesivamente rápida evacuación del contenido estomacal en los operados por su método, no se presenta en los operados por él mismo (de los cuales pudo mostrarle varios) y cree el autor que la diferencia en los resultados funcionales depende de que la mayor parte de los cirujanos, interpretando mal sus descripciones, establecen la anastómosis yeyuno-yeyunal *demasiado cerca* de la anastómosis gastro-yeyunal, ó nuevo píloro, con lo cual producen

---

(a) KELLING loc. cit (*Boas Archiv.*) pág. 468.

Por esas razones creemos que, en tesis general, debería aconsejarse preferentemente el método de Roux en los casos, generalmente hipo-pépticos é hipo-ácidos, de dilatación gástrica extrema, atonía, gastroptosis, etc., en que las fuerzas expulsoras y secretoras del estómago están reducidas á su mínimum; y en cambio preferir los otros métodos de anastómosis lateral, en los enfermos hiperclorhídricos y con úlceras gástricas, en los cuales existen todavía grandes energías en el estómago y conviene que su contenido ácido no se vacíe tan rápidamente en el yeyuno.

Todavía deberíamos estudiar las condiciones en que queda el aparato digestivo después de la extirpación parcial, y principalmente de la total, del estómago. Los casos clínicos en que ha podido seguirse por algún tiempo una observación analítica y detallada de las funciones digestivas, en individuos privados en absoluto de estómago, son todavía escasos, pero lo suficientes para poder asegurar que la digestión de toda clase de sustancias se verifica con toda regularidad y perfección (62), gracias á los fermentos pancreáticos é intestinales. con la sola precaución de no hacer las comidas demasiado copiosas de una vez y procurar la mejor división y masticación posible de los alimentos, para hacer así menos sensible al intestino la supresión de las funciones retentivas, distributivas y mecánicas del estómago (63).

---

sobre este último un cierto grado de tirantez, que impide á las fibras circulares del extremo del intestino anastomosado al estómago contraerse libremente y obrar así, hasta cierto punto, como un nuevo esfínter, favorable á la retención temporal del contenido gástrico. Y en efecto, en las operaciones que el Dr. Cardenal le vió practicar, el profesor Roux verificó la sección del yeyuno á una distancia de 35 á 40 centímetros de la *plica duodenalis* ó del ligamento de *Treitz*, y por consiguiente anastomosó el extremo del asa aferente en la eferente, á una distancia casi igual del nuevo píloro (a).

Es muy posible que el profesor de Lausana tenga razón, pues la tendencia de todos, y nosotros mismos lo confesamos por nuestra parte, es á seccionar el yeyuno más cerca de su origen.

(62) Véanse los datos analíticos sobre el particular en nuestra nota 46 de la pág. 56 y 48 pág. 58 y en las dos citadas publicaciones de SCHLATTER: *Beiträge zur klin. Chirurgie* tomos XIX y XXIII.

(63) Véase nota 46 pág. 56.

(a) Comunicación oral del Dr. *León Cardenal.*

Señores, llegamos al final de nuestro trabajo.

De él pueden deducirse las siguientes

CONCLUSIONES

La indicación de intervenir quirúrgicamente existe:

1.° En todo enfermo gastropático, en presencia de los síntomas seguros, típicos y persistentes, que hemos calificado de *trípode pilórico* (*dolor*, *vómitos* y sobre todo *retención estomacal*) aunque no exista diagnóstico nosológico definido.

2.° En todo caso de diagnóstico seguro y positivo de lesión neoplásica del estómago, sobre todo demostrable á la exploración directa, aunque sean escasos ó nulos los síntomas, pues estos pueden presentarse á veces cuando ya es tarde.

3.° En todos los casos dudosos, en que el enfermo se desnutre de un modo alarmante, aun con síntomas gástricos obscuros, y sin diagnóstico, como único medio de obtenerlo definido y de concretar con su conocimiento el tratamiento médico ó quirúrgico que conviene.

No se deduzca, sin embargo, de la crudeza y del carácter esencialmente clínico quirúrgico de esas conclusiones, que consideramos como cosa secundaria la obtención y precisión del diagnóstico semeyótico, y que sólo creemos en el confirmado por la intervención manual y el examen *de visu*. ¡Nada más lejos de nuestro modo de pensar!

Los progresos verificados en ese terreno forman parte muy importante del caudal científico de la medicina, y creemos que no sólo no debe retrocederse un palmo en el progreso realizado, sino que debe trabajarse sin descanso, hasta adquirir el total conocimiento de la verdad, por todos los procedimientos científicos, analíticos, clínicos y experimentales; pero no perdiendo nunca de vista la vida del paciente y evitando á todo trance que, por esperar el resultado de aquéllos, se agoten las posibilidades de salvarle.

Como se comprende fácilmente y se desprende de todo lo que llevamos expuesto, la cirugía gástrica, que cuenta ya en su *haber* indicaciones perfectamente claras y precisas y resultados curativos brillantes, debe todavía seguir estudiando todos los detalles de anatomía y fisiología normal y patológica, para no

perder ocasión ni coyuntura de perfeccionar aun más sus procedimientos, ajustándolos por una parte á las funciones que tratan de modificar ó de suplir, y disminuyendo hasta los límites de lo posible los peligros inherentes todavía á toda intervención quirúrgica de la importancia de las que nos ocupan.

Esto es lo que la ciencia y la humanidad espera confiadamente de vosotros y muy particularmente en solemnidades como la presente, en que el grano de arena que cada uno aporta con sus datos de observación y su criterio, multiplicado por los de sus colegas del mundo entero, puede convertirse en factor poderoso de salud y de progreso para la humanidad.

He dicho.